VII. Jahrgang. Wien, 4. Juni 1893 Nr. 23.

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl, halbj 5 fl, viertelj. 2 50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9.

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ueber die antidyspeptische Medikation.

Von

Professor Hayem. *)

Während vieler Jahre wurde die Behandlung der Magenkrankheiten dem Zufalle überlassen, und der Arzt, wenn er einem Magenkranken gegenüber stand, war häufig gezwungen im dunklen Herumtappen nach dem Regime zu suchen, das seinem Kranken Erleichterung bringen sollte, wobei der Kranke oft auch geschädigt wurde. Dank den chemischen Forschungen, die nach dieser Richtung angestellt wurden und der genauen Kenntniss des Zustandes des Magens, konnte man seit einigen Jahren der Behandlung der Magenkrankheiten eine wissenschaftliche Richtung geben, die — die Zukunft wird uns das lehren — von ausgezeichneten Erfolgen gekrönt sein wird. — Es wird gewiss noch viel Zeit und Arbeit brauchen, bis man dahin gelangen wird, die verschiedenen Typen, welche dem Kliniker unterkommen, zu klassificiren und die Beziehungen darzuthun, die zwischen ihnen und den typischen chemischen Befunden bestehen; es wird noch langer Zeit bedürfen, um die für jeden Fall geeigneten Behandlungsformeln aufzustellen; aber die Resultate, wie sie schon jetzt erzielt werden, sind ausgezeichnet und ungemein ermuthigend. Prof. Hayem führt im vierten Bande seiner Vorlesungen über Therapie aus, welchen Nutzen man bereits aus der Anwendung der Chemie in Bezug auf die Therapie der Magenkrankheiten gezogen und welche Fortschritte man bereits nach dieser Richtung gemacht hat. Er behandelt in diesem Bande ausführlich die Methode, die man befolgen muss, um zur sicheren Diagnose der verschiedenen Formen der Gastritis zu gelangen; er unterzieht sowohl von einem klinischen Standpunkte als auch vom anatomisch-pathologischen Standpunkte die verschiedenen Typen der Gastropathie einer eingehenden Studie; er lässt alle Regime und alle diesbezüglichen Medikamente, die man bis jetzt angewandt hat, Revue passiren und er beschreibt die Medikation, welche ihm als die geeignetste erscheint für die verschiedenen Formen der Gastropathie, die ihm die Klinik und die Chemie zu diagnosticiren möglich gemacht hatten.

*) Nach den «Leçons de thérapeutique», par H. Hayem. Les médications. IV. série. H. Masson éditeur — Mitgetheilt in «La Médecine moderne» vom 17 Mai 1893 von Dr. E Thiercelin.

Referent fasst nun die wichtigsten Kapitel aus diesem interessanten Werke zusammen.

Die Dyspepsie ist keine Krankheit, sie ist ein Symptom, welches auch bestehen kann, ohne dass das Individuum darunter leiden würde, im Gegensatze zur Behauptung von Lasègue, und sie ist charakterisirt durch ein abweichendes Verhalten des chemischen Typus. Die Dyspepsie bedeutet ein schlechtes Funktioniren des Magens, die nicht in Schmerz ihren Ausdruck zu finden braucht, sondern die sich in einer Aenderung der Produkte der Verdauung äussert. — Die in Rede stehende Krankheit verdient um so mehr Aufmerksamkeit, als sie den ganzen Organismus in Mitleidenschaft zieht und bei vielen Kranken auch die Ursache für die Neurasthenie abgibt.

Wenn man vom normalen chemischen Typus ausgeht, so kann man von Dyspepsie sprechen, ein jedes Mal, wenn die Analyse des Magensaftes eine Verminderung oder eine Vermehrung der verdauenden Kraft oder eine Störung in der Evolution der Verdauung erkennen lässt.

Die Typen der Gastropathie können in folgende drei Kategorien gebracht werden:

Hyperpepsie, Hypopepsie und Apepsie.

Diese Eintheilung findet sich klinisch und chemisch wieder; es besteht eine Beziehung zwischen diesen zwei Forschungsmethoden, und noch mehr, die pathologische Anatomie findet sich im vollkommenen Einklange mit den klinischen Thatsachen, indem sie darthut, dass ein jeder dieser Zustände auf Rechnung ganz bestimmter Läsionen kommt.

Klinisch. — Das Studium des chemischen Vorganges bei den Magenkrankheiten hat Prof. Hayem dahin geführt, drei Arten von Störungen zu unterscheiden, nämlich: die quantitativen, die qualitativen und die Evolutions-Störungen.

Bei der Hyperpepsie beobachtet man eine Vermehrung der Salzsäure-Sekretion, sei es, dass die Salzsäure frei ist, sei es, dass sie an organische Nahrungssubstanzen gebunden ist (Hyperchlorhydrie in dem ersten Falle und allgemeine Hyper-

pepsie in dem zweiten Falle). — Das sind die quantitativen Störungen.

Wenn die Hyperacidität auf Rechnung abnormer Gährungsvorgänge kommt (Anwesenheit von organischen Säuren oder höher zusammengesetzter Säuren), so hat man es mit einer falschen Hyperacidität zu thun.

Dieser letztgenannte Umstand bildet die qualitative Störung

Endlich ist auch die Evolution der Verdauung in gleicher Weise gestört. Es gibt eine Verlängerung der stomachalen Funktion, welche sich sogar bis über die Verdauung hinaus erstreckt. Der Magen secernirt fortwährend unter dem Einflusse einer persistirenden Reizung. — Auch ist dieser Zustand von Gastrosuccorrhoea begleitet.

Das Studium der Verdauungs-Evolution zeigt auch, dass bei dem Hyperpeptischen die Hyperchlorhydrie auf die allgemeine Hyperpepsie folgen kann.

Bei der Hypopepsie beobachtet man, im Gegensatze zu dem letztgenannten Zustande, eine Beschleunigung des Verdauungsvorganges und eine frühzeitige Entleerung.

Namentlich in diesen Fällen begegnet man den abnormen Gährungsvorgängen und den falschen Hyperaciditäten. Das Studium der Evolution zeigt auch, dass die Magen-Verdauung in den intensiven Fällen oft vor Ablauf einer Stunde beendigt ist. — Der Magen entleert sich vollkommen der Nahrungsmittel, die er nicht verdauen kann, und übergibt sie dem Duodenum, welches gewissermassen beauftragt ist, den Magen, der nicht im Stande ist diese Funktionen zu erfüllen, zu substituiren.

Bei der Apepsie ist — sozusagen — keine Verdauungsarbeit vorhanden; es ist dies ein höherer Grad von Hypopepsie.

Klinisch. Bei der allgemeinen oder chloro-organischen Hyperpepsie ist der Appetit erhalten, häufig sogar gesteigert und besonders stark. Die Digestion ist eine mühsame, verbunden mit Unbehaglichkeit, Gefühl von Ballonnement und Völle im Magen, seltener mit Krämpfen. — Regurgitationen finden sich oft. Oft wird der Hunger wieder intensiv, bevor die Verdauung beendigt ist, und der Kranke häuft in seinen bereits dilatirten Magen neue Nahrungsmittel an. Das Erbrechen ist selten, die Verstopfung eine habituelle, die Zunge im Allgemeinen rein, der Durst wenig intensiv, die nervösen Symptome sehr häufig. die Hyperpepsie prädisponirt zu Psychosen und in den meisten Fällen ist der Hyperpeptische mager.

Bei der Salzsäure-Dyspepsie ist der Appetit sehr gereizt, der Durst intensiv und die Verdauung ist eine mühsame und eine schmerzliche.

Die Krämpfe und die habituellen Gastralgien treten mit Vorliebe in der Nacht auf und erreichen bisweilen die Intensität der Schmerzen bei der hepatischen Krise, die Regurgitationen sind häufig, die Zunge bleibt rein, aber die Pyrosis ist die Regel. Zumeist besteht Stuhlverstopfung.

Das Epigastrium ist empfindlich, der Schmerz strahlt von da nach allen Richtungen aus und besonders nach den Lenden. Die Verdauung ist verlangsamt, auch beobachtet man fast immer Dilatation des Magens. — Das Erbrechen ist häufig, speziell bei Vernachlässigung des Regimes und das Erbrechen tritt häufig in Form von Krisen auf. Der Magen kann im nüchternen Zustande enorme Quantitäten von Salzsäure seceniren, die er auswirft; das ist die saure Gastrosuccorrhoea; die nervösen Symptome und die Schlaflosigkeit sind sehr ausgesprochen, der Kranke erwacht häufig während der Nacht in Folge ausserordentlich lebhafter Schmerzen.

Bei der intensiven Hypopepsie ist die Magenerweiterung seltener als bei der Hyperpepsie; starkes Erbrechen ist auch sehr selten, aber Aufstossen kommt häufig vor; man findet auch in diesen Fällen Verstopfung oder Diarrhoe; die Gastralgie ist selten. Es besteht auch Abgeschlagenheit und Somnolenz; die Kranken sind eher dick als mager. Die Verdauung ist im Allgemeinen eine rapide und oft ist der Magen nach einer Stunde leer, ausser wenn es sich um ein mechanisches Hinderniss handelt; in diesen Fällen handelt es sich um Gährungen und der Kranke magert ab.

In diesen Fällen kann man auch, ebenso wie bei der Hyperchlorhydrie, gewisse Fälle von Hypersekretion der Magenschleimhaut antreffen, eine wahre Gastrosuccorhoea, so dass man diese Hypersekretion nicht zum Charakteristicum einer besonderen Erkrankung des Magens machen kann.

Bei der Apepsie begegnet man denselben Symptomen wie bei der Hypopepsie, in Bezug auf welche sie nur einen höheren Grad darstellt, und was merkwürdig ist, auch hier kann der Allgemeinzustand der Kranken ein befriedigender bleiben. Dennoch beobachtet man bei ihnen zumeist Schwäche und Abmagerung.

(Schluss folgt.)

Ueber neuere Fortschritte der allgemeinen und lokalen Anästhesie und ihre Bedeutung für die poliklinische Krankenbehandlung. *)

Von **Dr. V. Ritter v. Hacker.**

(Fortsetzung und Schluss.)

Am letzten Chirurgenkongress 1892 hat nun Schleich Mittheilungen gemacht über die sogenannte Infiltrationsanästhesie.

Seine Versuche haben ergeben, dass man durch diffuse Infiltration der Gewebe mit verschiedenen gegenüber dem Serum und den Gewebssäften differenten Flüssigkeiten Anästhesie erzeugen könne. In dieser Art wirkt z. B. 0·2 perzentige Kochsalzlösung deren Verwendbarkeit durch Zusatz von geringen Mengen Cocäin wesentlich gesteigert wird. Ich habe nun auf diese Empfehluag hin Versuche angestellt mit einer 0·1 Perzent Cocain und 0·2 Perzent Chlornatrium enthaltenden Lösung. (Aqu. destill. oder sublimat. 100, Cocain 0·1, Chlornatr. 0·2.) 10 Pravaz'sche Spritzen dieser Lösung enthalten 1 *cgr.*, 50 erst das von manchen als Minimaldosis hingestellte Quantum von 5 *cgr* Cocain. Man muss beim Gebrauch dieser Lösungen mehrere Spritzen voll in und unter die Haut einspritzen, so dass dadurch eine ödematöse Infiltration entsteht, kann aber dann wirklich schmerzlos kleinere Operationen ausführen. Will man selbst den Einstich in die Haut unempfindlich machen, so kann man das erreichen durch Zerstäubung des später zu erwähnenden Aethylchlorid auf die Haut als Einleitung zu den Cocaininjektionen.

Ich habe nun schon eine Reihe kleinerer Operationen mit dem Mittel ausgeführt und war mit dem Erfolge sehr zufrieden. Ich will hier nur einige Operationen, wo vollkommene Anästhesie auftrat, anführen:

Art der Operation	Anzahl der Spritzen
Corpus alienum sub. ungue.	$^{1}/_{3}$
2 Mal Unguis incarnatus	2—3
2 Mal Naevi pil. (Thermocauter)	1—2 Spr.
1 Mal Angiom der Lippe	$^{3}/_{4}$ Spr.
3 Mal Atherome verschiedener Grösse	je 2, einmal $3^{1}/_{4}$
2 Mal Operation der Phimose, eine mit Abschneiden der Zipfel und eine mit Bildung eines Roser'schen Läppchen	1
2 Mal Epitheliom der Unterlippe. Keilexcision und Naht	4
Excision eines Stückes des Praeputium wegen exulc. Atherom	$2^{1}/_{2}$
Excochleation eines tuberc. Ulcus an der Stirne	3

Da wir die Haut vor dem Einstechen nicht anästhesirten, wurde der Einstich und der Beginn der Injektion in einzelnen Fällen als etwas schmerzhaft bezeichnet. Bei dem Unterlippencarcinom war nur der Schnitt und die Naht am untersten Winkel, wohin die Infiltration nicht gereicht hatte, schmerzhaft, alles Andere unempfindlich.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 18, 1893.

Bei einem Panaritium ossale war bei der Incision die Anästhesie keine vollkommene, ebenso bei einer Incision bei Periostitis des Oberkiefers.

Es ist ein grosser Vortheil dieser Art der Cocaininjektion, dass man viele Injektionen machen kann, ohne auch nur im mindesten eine Cocainintoxikation fürchten zu müssen. Eines muss aber noch erwähnt werden, nämlich, dass die starke Infiltration, das förmliche Oedem der Gewebe, das namentlich bei den Phimosenoperationen sehr auffällig war, das aber auch vor der Nath etwas ausgedrückt werden kann, die prima intentio in meinen Fällen nicht hinderte, dass dasselbe aber in Fällen, wo man während der Operation gewisse Differenzen der Gewebe genau erkennen will, etwas störend sein kann.

Es ist mir nichts bekannt geworden, dass anderwärts von dem Schleich'schen Verfahren der Infiltration schon Gebrauch gemacht worden wäre. Die übertriebene Art und Weise, in der Schleich die Infiltrationsanästhesie am Kongresse als geradezu in Konkurrenz mit der allgemeinen Narkose tretend hingestellt und empfohlen hat, dürfte das Vertrauen in die Methode selbst beeinträchtigt haben. Endlich möchte ich noch von dem neuesten Anästheticum zur lokalen Anästhesie, dem reinen Aethylchlorid, sprechen. Ich habe das französische Präparat aus der Lyoner Fabrik.*) verwendet. Das Aethylchlorid ist, eine farblose Flüssigkeit von angenehmem ätherischem Geruch die bei 10° C. siedet. Es wird in 10 *gr* fassenden Glasgefässen geliefert, die an dem einen Ende in ein Capillarrohr ausgezogen und zugeschmolzen sind, das etwa 2 *cm* vom Ende entfernt cirkulär eingeritzt ist. Zum Gebrauch bricht man das Röhrchen an der Marke, am besten mit einem Nadelhalter oder auch mit den durch ein Tuch geschützten Fingern, ab. Nimmt man das mit der Ausflussöffnung nach abwärts gerichtete Gefäss in die volle Hand, so genügt diese Erwärmung, dass die Flüssigkeit in einem Strahl aus dem Röhrchen austritt und zerstäubt. Den austretenden Strahl richtet man auf die zu anästhesirende Hautfläche und entfernt, während der Strahl immer diese Richtung einhält, das Röhrchen ziemlich schnell von einer Entfernung von etwa 10 *cm* bis auf eine von 25—40 *cm*. Hat man das Röhrchen zu nahe gehalten, dann wird die Hautpartie nass und das Mittel tropft und rinnt ab, wirkt der Strahl in der richtigen Entfernung ein, dann nimmt die Haut nach kürzester Zeit ($^1/_4$—$^1/_2$ Minute) im Centrum der Abkühlungsstelle eine schneeweisse Farbe an, beschlägt sich wie mit Reif, wird hart und gefühllos. Diese weisse Insel gewinnt mit fortgesetzter Zerstäubung rasch an Ausdehnung, namentlich wenn man mit dem Strahl gleichsam immer grössere Kreise um das zuerst weiss gewordene Centrum beschreibt, so dass man auf einer ein bis mehrere Thaler grossen Stelle ein solches Weisswerden erzielen kann. Solche Partien sind beim Einschneiden hart und schmerzlos. Will man bei einer tieferen oder breiteren Incision der Anästhesie ganz sicher sein, so verwende man das ganze oder fast das ganze in einem Fläschchen enthaltene Quantum; bei ganz kleinen Einschnitten genügt oft das Drittel oder die Hälfte des Inhaltes. Um den Rest aufbewahren zu können, respect. vor Verdunstung zu schützen, wurden im Anfang (ich verwende das Mittel etwa seit Juni 1892), kleine Gumikäppchen zum Ueberziehen des Röhrchenendes mitgegeben, jetzt, was besser ist, ein Gummiring, der über die Ausflussöffnung und die Mitte des Bodens ausgespannt wird.

In der Regel verdunstet der Inhalt aber trotzdem, nur im Winter kann man, wenn man das Fläschchen (auch offen) aufrecht vor das Fenster stellt, den zurückgebliebenen Rest nach kurzer Zeit ($^1/_2$—1 Stunde) weiter verwenden. Empfindliche Hautstellen, besonders im Gesicht, bestreicht man vorher leicht mit Vaselin, Oel oder Glycerin, damit kein Ekzem oder ein kleiner Schorf (ähnlich dem Chloroformschorf) entstehe. Da die Flüssigkeit sehr leicht entzündbar ist, muss man vermeiden, in der Nähe einer Flamme zu operiren. Die Anästhesie der Haut und der darunter liegenden Theile ist eine ähnliche, wie bei Zerstäubung von Aether sulf. und Hydramiläther.

Das Mittel ist für kleinere chirurgische Operationen, namentlich zur Anästhesie bei den so schmerzhaften Entzündungs- und Eiterungsprozessen an den Fingern, besonders den Nagelgliedern, zur Eröffnung von Furunkeln, Incision bei Anthrax, Operation des eingewachsenen Nagels, sehr zu empfehlen, in welchen Fällen allen es sich mir bewährt hat. Der Einstich einer Nadel zur intra- und subkutanen Cocaïninjektion in entzündetes Gewebe ist, wenn er auch an einer entfernten Stelle gemacht wird und die Nadel während der tropfenweisen Injektion allmälig ins entzündete Gewebe vorgeschoben wird, ebenso wie die letztgenannte Prozedur dennoch recht schmerzhaft; für solche Fälle eignet sich das Aethylchlorid entweder allein oder mit der Schleich'schen Infiltration kombinirt.

Durch die Einwirkung der Kälte entsteht zwar auch bei Anwendung des Aethylchlorid zuerst eine brennende etwas schmerzhafte Empfindung an der betreffenden Hautstelle. Da die ganze Prozedur aber hier ungleich viel rascher vorüber geht als bei Aetherzerstäubung, scheint das Brennen hier nicht so unangenehm empfunden zu werden, da die Kranken fast nie darüber klagen.

Da die Stellen, wo das Mittel einwirkt, erstarren und hart werden, muss man sich vor der Operation genau über die Grenzen entzündlicher oder neoplasmatischer Infiltration orientirt haben, um darnach die Tiefe und Breite der Stiche oder Schnitte zu richten. Dort, wo man sich über die Beschaffenheit der Wundflächen und ihre eventuellen pathologischen Veränderungen orientiren will, eignet sich das Mittel nicht, da die Gewebe ziemlich homogen erscheinen.

Der Umstand, dass bei der Operation des eingewachsenen Nagels das Einstechen des Scheerenblattes unter den Nagel, die Durchschneidung des Nagels durch die Matrix, das Ausreissen des umschnittenen Stückes und der Bogenschnitt um die Nagelfurche absolut schmerzlos zu machen ist, liess schliessen, dass die Anästhesie bei dem Mittel ziemlich tief gehe. Es entstand ferner die Frage, ob man nicht verhältnissmässig oberflächlich liegende sensible Nervenstämme von der Haut aus anästhesiren kann und damit ihr ganzes Ausbreitungsgebiet. Es muss das erst durch weitere Versuche konstatirt werden. Für diese Annahme spricht die Wirksamkeit des Mittels bei Zahnextraktionen und bei Neuralgien.

Ich habe bisher bei Zahnextraktionen absichtlich den Aethylchloridstrahl nur äusserlich auf die Haut und die darunterliegenden Knochenwandungen des Unter- und Oberkiefers und die darinliegenden Zahnnerven wirken lassen, da dieser Vorgang für den Kranken angenehmer ist, als die Einwirkung des Mittels auf das Zahnfleisch oberhalb des betreffenden Zahnes, und da ich auch die Wirkung des Mittels auf die Nervenstämme erproben wollte. Ich habe zum Theile dort, wo wenige Weichtheile sind, wie in der Mitte des Unter- und Oberkieferalveolarfortsatzes das Mittel von aussen auf die Haut und die Wandung des Plexus dentalis über dem zu extrahirenden Zahn wirken lassen, theils auf die Gegend des Austrittes des N. alveol. superior (der die drei oberen Mahlzähne versorgt) aus dem Oberkieferknochen, also auf die Gegend vor dem Ohr, theils auf den mit dem Infraorbitalis austretenden N. dental. sup. anterior, der die übrigen Zähne versorgt, also auf die die fossa canina bedeckende Hautpartie. Unter 26 Zahnextraktionen, von denen einzelne recht schwer waren, sind nach Befragen der Kranken 18 absolut schmerzlos, 6 etwas empfindlich und 2 schmerzhaft gewesen. Ein intelligenter Kranker theilte mir mit, dass er zwar gar keinen Schmerz, aber eine unangenehme Sensation beim Fassen und Umwerfen des Zahnes verspürt habe. Es ist übrigens äusserst schwer, bei unintelligenten Ambulanten genau zu erfahren, was sie spürten.

Es wäre möglich, dass man durch weitere Versuche über die Applikationsweise des Mittels bei den verschiedenen Zähnen dahin gelangen könnte, dieselben immmer schmerzlos zu ziehen, aber selbst, wenn es nur in dem früher genannten Perzentsatz gelingt, so ist das Mittel sehr werthvoll, da die

*) Gillard, T. Monnet, Cartler.

Zahnextraktion sehr schmerzvoll ist und doch keine so grosse Operation, wegen welcher man sich den Gefahren einer Allgemeinnarkose aussetzen will. Es könnte sich das Mittel wohl auch für einzelne andere kurz dauernde aber sehr schmerzhafte Eingriffe in der Zahnheilkunde eignen. Schliesslich will ich nur kurz erwähnen, dass ich auch in einem Falle von Trigeminusneuralgie im zweiten Aste nach äusserlicher Applikation von einem ganzen Fläschchen auf die Haut oberhalb des Austrittes des Nerven ein Aufhören der Schmerzen erzielt habe, die am nächsten Tage in weitaus viel geringerem Grade wiederkehrten. In 6 Tagen wurde die Zerstäubung 4 Mal gemacht, vorgestern das letzte Mal. Die Frau, die zur Operation gekommen war, ist sehr zufrieden mit dem Erfolg, und wenn auch noch hie und da etwas Schmerz wiederkommt, möchte Sie jetzt nicht operirt, sondern nur mit der Zerstäubung weiter behandelt werden.

Es wird sich in Zukunft zeigen, inwieweit die zwei zuletzt erwähnten neuesten Erzeugungsarten lokaler Anästhesie sich weiter verwerthen lassen. Ich werde demnächst Gelegenheit nehmen, Ihnen die einzeln besprochenen Anästhetica, sowohl die zur allgemeinen, als die zur lokalen Anästhesie, in ihrer Anwendung am Lebenden zu zeigen.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 26. Mai 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».

***Dr. Gleich**: Demonstration dreier cavernöser Tumoren.*

I. Ein 17jähriges Mädchen zeigte bei der Geburt ein Cavernom der Zunge, welches später so rasch wuchs und die Patientin im Sprechen und Essen so sehr behinderte, dass unter Unterbindung der Arteriae linguales zur Excision des Tumors geschritten werden musste. Jetzt ist eine lineare Narbe zu sehen, neben derselben einige kleine nachwachsende Carvernome, welche eine neuerliche Operation erheischen.

II. Der zweite Fall betrifft einen 17jährigen Mann, bei dem wegen ausgebreiteter Cavernome des rechten Ober- und Unterarmes, welche heftige Schmerzen verursachten, eine partielle Excision vorgenommen werden musste.

III. Der letzte Fall, ein 30jähriger Mann, hat am linken Gesässe ein enorm grosses Cavernom nebst ausgebreiteten Varices am Unterschenkel. Dieser Fall zeichnet sich durch seine besondere Grösse aus.

* * *

***Prof. Fuchs**: Demonstration zweier Fälle von angeborener Missbildung seltener Art.*

I. Ein zwei Tage altes Kind, in dessen Familie von Missbildungen nichts konstatirt werden konnte, zeigt an der Stelle beider Augen eine über dieselben hinwegziehende Haut ohne jede Andeutung von Lidspalte und Cilien; unter der Haut ist kein Tarsus, wohl aber die Bulbi mit staphylomatös vergrösserter Cornea zu tasten, an denselben kann man associirte Bewegungen und Lichtempfindung konstatiren. Von anderen Anomalien besteht eine leichte Syndaktylie, indem die 2. und 3. Zehe des linken Fusses mit einander verwachsen ist.

Ein Fall, den Vortragender schon früher vorgestellt hatte, hatte mit einem von ZEHENDER beschriebenen Falle gemeinsam, dass beide Fälle Syndaktylie an allen Extremitäten zeigten, dass staphylomatös vergrösserte Bulbi mit Lichtempfindung vorhanden und beide Fälle Zwitter waren. Der von FUCHS vorgestellte Fall hatte die Anomalie an einem Auge, ZEHENDER's Fall dagegen an beiden Augen. Im ersten Falle hat Vortragender die Haut gespalten; da sich aber vom Bindehautsack nur ein Rudiment und ein zum Sehen untaugliches staphylomatöses Auge fand, liess er die Haut wieder verwachsen. Man bezeichnet diese Fälle als Kryptophthalmus. Ein solcher kann dadurch entstehen, dass entweder die vorgebildeten Lider durch Entzündungsprozesse wieder verwachsen, oder dass niemals Lider vorhanden waren. Da sich in keinem der in der Literatur verzeichneten Fälle Narben oder zapfenartige Anhängsel fanden, so ist die Muthmassung, dass es sich um eine Verwachsung der Gesichtsfläche mit dem Amnion handeln könnte, nicht sehr gerechtfertigt.

II. Bei einem 26jährigen Manne ist die ganze rechte Gesichtshälfte gegenüber der linken im Wachsthum zurückgeblieben, die vom Facialis versorgte Muskulatur rechts schwächer als links; der Unterkiefer weicht beim Oeffnen des Mundes ein wenig nach rechts ab; rechte Ohrmuschel verkrümmt, am Kopfe angewachsen und wie die Nase mit zapfenartigen Vorsprüngen besetzt. Am unteren Rande der Cornea des rechten Auges zwei stark behaarte Dermoidgeschwülste, im inneren Augenwinkel eine Thränensackfistel und ein Gebilde, welches wie eine zweite Karunkel aussieht. An beiden Augen komplete Abducenslähmung. Dieser Fall lässt annehmen, dass es sich hier um eine Verwachsung des Gesichtes mit dem Amnion handeln dürfte. Interessant ist die Duplicität der Dermoide und deren starke Behaarung. Vortragender will die Geschwülste abtragen und am Ohre eine kosmetische Verbesserung anbringen.

Prof. BERGMEISTER hat vor einigen Jahren ein Mädchen beobachtet, welches symmetrisch an beiden Augen Dermoide und ähnliche Missbildungen, sowie eine nur theilweise geschlossene Fissura buccalis mit hahnenkammartigen Fortsätzen hatte, die gegen das Ohr hinzogen. Auch in diesem Falle dürfte es sich um Reste amniotischer Stränge gehandelt haben.

* * *

***Dr. H. Weiss**: Ein Fall von Erythromelalgie.*

Ein junges Mädchen kam auf die Abtheilung des Prof. BENEDIKT mit der fertigen Diagnose «Gelenksrheumatismus» Seit 2 Monaten bestanden heftige Schmerzen in beiden Fussgelenken, die sich bei Berührung steigerten, bei tiefem Drucke aber nicht sehr heftig waren. Haut über beiden Knöcheln intensiv geröthet. Patientin schwitzte so stark in beiden Füssen, dass das ganze Bett nass wurde, und die Haut an beiden Fusssohlen wie macerirt erscheint. Die Patientin zeigt kein einziges hysterisches Stigma. Auf Applikation eines LEITER'schen Apparates auf den unteren Theil der Wirbelsäule giengen die Schmerzen und Schweisse zurück; dafür bestehen aber jetzt starke Schmerzen, intensive Röthung und Schweisssekretion in beiden Händen. Dieses Leiden ist als ein centrales aufzufassen, und unter jene Fälle einzureihen, die in der Charité als Erythromelalgie in der letzten Zeit vorgestellt wurden.

Prof. KAPOSI hält es nicht für angezeigt, für eine Summe von Erscheinungen, die man tagtäglich beobachten könne, einen eigenen Namen zu schaffen, da man unter Erythromelalgie leicht an eine neue Erkrankung denken könnte. Die Hyperhydrosis der Palmae manus und der Plantae pedis finde sich sehr oft bei Bleichsüchtigen, sowie bei Personen, welche an einem Mangel der Energie der Herzthätigkeit leiden. Der Schweiss kann die Epidermis so maceriren, dass der Papillarkörper ganz exponirt wird und in Folge der Reizung der Nerven ein eigenthümliches schmerzhaftes Stechen in den afficirten Theilen auftritt; dabei kann die Schweisssekretion eine so kolossale werden, dass die Patienten ganz berufsunfähig sind. Dieser Zustand kann gewiss als eine vasomotorische Erscheinung aufgefasst, aber auch durch psychische Momente ausgelöst werden. Dazu gesellen sich Cyanose, eigenthümliche Neuralgien, trophische Störungen u. s. w., so dass die Fingerbeeren ganz verunstaltet werden können. Das Leiden findet sich meist bis zur Pubertät, seltener bei Erwachsenen, dauert meist 3—5 Jahre und hört auf, wenn die Herzthätigkeit energischer wird. Für jeden Fall handelt es sich hier nur um einen Mangel der Energie der Gefässinnervation. Vortragender berichtet über einen Arzt, welcher durch ein solches Leiden durch 8—10 Jahre ganz berufsunfähig wurde, mit der Zeit aber davon genas.

Dr. WEISS erwidert, dass Prof. BENEDIKT selbst gegen die Bezeichnung «Erythromelalgie» Stellung nehme und dieses Leiden lieber als «schmerzhaften Schweissfuss» bezeichnet wissen wolle.

* * *

Dr. Maximilian Sternberg: «*Ueber Lähmung und Krampf*».

Nach der gegenwärtig allgemein acceptirten Anschauungsweise pflegt man sich die Beziehungen zwischen den organischen Erkrankungen des Nervensystems und den durch sie hervorgerufenen Störungen der Motilität durch ein Schema zu versinnlichen, welches drei Bahnen enthält: 1. die Bahn von der motorischen Ganglienzelle des Vorderhorns zum Muskel, 2. die Pyramidenbahn, welche von der Hirnrinde zur motorischen Ganglienzelle führt, 3. eine sensorische Bahn von den Hintersträngen zur motorischen Ganglienzelle, welche den Sehnenreflex vermittelt. Eine Läsion der Bahn 2 setzt eine «cerebrospinale spastische Lähmung», eine Läsion der Bahn 1 eine «spinoperipherisch schlaffe Lähmung»; die erstere ist mit Contractur und Steigerung der entsprechenden Sehnenreflexe verbunden, die zweite mit Herabsetzung oder Verlust der Sehnenreflexe. Eine Läsion von 3 verursacht keine eigentliche Lähmung, sondern Ataxie mit Verlust der Sehnenreflexe; eine kombinirte Läsion von 2 und 3 erzeugt schlaffe Lähmung mit Verlust des Sehnenreflexes. Die prägnanten obigen Ausdrücke rühren von ROSS her.

Mit dieser herkömmlichen Vorstellungsweise stehen eine Reihe von Thatsachen im Widerspruche. Hievon hebt der Vortragende hervor: 1. die Thatsache, dass die Contracturen bei Rückenmarkserkrankungen in der Regel anderer Art sind, als bei Hirnerkrankungen, während nach dem üblichen Schema nur eine Art von spastischer Lähmung möglich ist, 2. die Fälle von Querschnittsläsion im Rückenmarke mit schlaffer Lähmung und Verlust der Sehnenreflexe in den unterhalb der Läsion gelegenen Körpertheilen, wie ein solcher z. B. jüngst von WAGNER veröffentlicht wurde, 3. gewisse Fälle von Contractur mit Fehlen der Sehnenreflexe bei bestehender absteigender Degeneration der Pyramidenbahnen. Die verschiedenen Versuche, das Schema zu ergänzen und die erwähnten Ausnahmsfälle damit in Einklang zu bringen, sind sämmtlich ungenügend.

Der Vortragende gibt nun ein Resumé seiner eigenen jahrelangen Untersuchungen über diese Fragen. Er hat systematische Experimentaluntersuchungen über die Sehnenreflexe mit den Hilfsmitteln des Wiener physiologischen Institutes ausgeführt, Krankenbeobachtungen an der Klinik weiland MEYNERT und der Abtheilung REDTENBACHER angestellt, pathologisch-anatomische Untersuchungen durchgeführt und die Oirginalkrankengeschichten der gesammten einschlägigen Literatur durchgearbeitet.

Die Sehnenreflexe sind wahre Reflexe. Ein jeder von ihnen ist von einem Mechanismus abhängig, welcher aus dem im Rückenmarke gelegenen Reflexcentrum und einem darauf wirkenden «Beeinflussungsapparate» besteht. Der letztere setzt sich aus drei Abschnitten zusammen, die im Rückenmarke, den grossen subcorticalen Ganglien und der Hirnrinde gelegen sind. Er wird durch sensorische Einflüsse von der Peripherie aus fortwährend in Thätigkeit erhalten und sendet dem Reflexcentrum hemmende und bahnende (verstärkende) Einflüsse zu. Für diese sind drei Bahnen anzunehmen: 1. kurze intersegmentäre im Rückenmarke, 2. die «indirekte cortico-muskuläre Bahn» FLECHSIG's, welche wahrscheinlich auch aus kurzen Bahnen zusammengesetzt ist, 3. die Pyramidenbahn. Das Gleichgewicht aller hemmenden und bahnenden Einflüsse bedingt das normale Verhalten eines Sehnenreflexes. Die anatomische Grundlage für diese Verstellungsweise geben die neueren Untersuchungen über Anatomie des Centralnervensystems von GOLGI, RAMON Y CAJAL, KÖLLICKER u. s. w.

Unter pathologischen Bedingungen kann die Funktion des Reflexmechanismus mannigfache Störungen erleiden. Die Läsionen zerfallen je nach ihrer Lokalisation im Mechanismus eines Sehnenreflexes in periphere, reflexocentrale, d. h. solche, welche das Reflexcentrum treffen, und supracentrale, d. h. solche, die den übergeordneten Beeinflussungsapparat treffen. Eine jede Läsion vermag sowohl eine unterbrechende, als ein reizende Wirkung zu entfalten. Läsionen im Beeinflussungsmechanismus können bahnende oder hemmende Einflüsse sowohl reizen als lähmen. Mit Hilfe dieser Anschauungsweise lassen sich alle Fälle befriedigend erklären, so z. B. die Rückenmarkscompression mit schlaffer Lähmung. Indem nämlich eine Querschnittsläsion die Einflüsse von den über ihr gelegenen Theilen des Beeinflussungsmechanismus abschneidet, vermag sie, wenn sie dauernd eine reizende Wirkung entfaltet, in dem zwischen ihr und dem Reflexcentrum gelegenen Rückenmarksabschnitte, Hemmungen in Thätigkeit zu erhalten und vermittelst der «Strangzellen» auf das Reflexcentrum zu wirken, auch wenn die Pyramidenbahn durch absteigende Degeneration ausgefallen ist.

Für die Kontrakturen, ein argverworrenes Gebiet der Pathologie, ist zunächst eine Verständigung über die Nomenclatur nöthig. Das Wort «contractura» wird im medizinischem Sinne erst am Ausgange des Mittelalters gebraucht. THEOPHRASTUS PARACELSUS hat in seiner Monographie «de contractis membris» den Begriff in der Weise gefasst, wie ihn die Chirurgie auch heute gebraucht, nämlich im weitesten Sinne, für «dauernde Fixation eines Gelenkes». Jede andere Verwendung des Wortes, insbesondere jede Einschränkung des Begriffs ist etwas künstliches und führt zum Widerstreite mit dem Sprachgebrauche, daher zur Unklarheit. Beschränkt man sich auch auf die sogenannten neuropathischem Kontrakturen, so ist eine Abgrenzung zwischen «Kontraktur» und «tonischem Krampf» unmöglich, weil die jetzt übliche Terminologie gänzlich schwankend ist. Daher ist es besser, den Begriff Contractur im weitesten, traditionellen Sinne zu gebrauchen und desto genauer die einzelnen Formen zu studiren.

Der Vortragende unterscheidet nach der Beziehung zu den Sehnenreflexen drei Gruppen von Kontrakturen: 1. solche, welche konstant mit Steigerung der Sehnenreflexe verbunden sind: «reflexophile», 2. solche, welche konstant mit Herabsetzung oder Verlust der Sehnenreflexe verbunden sind: «reflexodepressorische», 3. solche, welche ohne Einfluss auf die Sehnenreflexe sind, sowohl bei gesteigerten, als bei fehlenden auftreten können: «reflexoneglectorische» (negligere = vernachlässigen). Diese Eintheilung ist nicht blos auf ein äusserliches Kennzeichen gegründet.

Die reflexophilen Kontrakturen sind bei peripheren oder supracentralen Erkrankungen zu finden. Sie sind im Einklange mit den Erörterungen von CHARCOT, STRÜMPELL, TALMA u. s. w. — als Reflexerscheinungen aufzufassen. Sie entstehen unter denselben Bedingungen wie die Steigerung der Sehnenreflexe. Bei peripheren Erkrankungen beruhen sie auf Bahnung und stellen ein Schutzmittel des Organismus gegen schädliche Eingriffe dar (Gelenkserkrankungen). Bei supracentralen sind sie Effekt von Gleichgewichtsstörung im Reflexmechanismus (Rückenmarkserkrankungen u. Ae.).

Die reflexodepressorischen Kontrakturen zerfallen in peheriphere, reflexocentrale und supracentrale. Die peripheren beruben auf Muskelerkrankung (Myositis, Trichinose, bindegewebige Entartung der Muskeln verschiedenen Ursprungs) der Verlust der Sehnenreflexe auf Schädigung der kontraktilen Substanz. Die reflexocentrale Form lässt sich am Trismus bei Erkrankungen im Bereiche des motorischen Trigeminuskerns studiren. Die supracentralen Kontrakturen mit Herabsetzung der Sehnenreflexe finden sich bei Rückenmarks- und Hirnerkrankungen, u. zw. bei «progressiven Läsionen»: Tumoren, Abszesse, Hämatom der Dura; multiplen Erweichungen u. s. w. Sie entstehen dadurch, dass mit dem Impulse zur dauernden Muskelaktion gleichzeitig eine Hemmung für den Sehnenreflex ins Rückenmark gesendet wird. Sie finden sich auch bei absteigender Degeneration der Pyramidenbahn, indem dann die Impulse die indirekte motorische Bahn, resp. die kurzen intersegmentären Bahnen des Rückenmarks durchlaufen.

Die reflexoneglectorischen Kontrakturen sind pheripheren oder centralen Ursprungs. Peripher bedingt ist die «nutritive Verkürzung» der Muskeln, welche bei dauernder Annäherung ihrer Ansatzpunkte eintritt. Sie addirt sich häufig zur reflexophilen Kontraktur hinzu. So bildet sie mit ihr zusammen die gewöhnliche «hemiplegische Kontraktur». Zu den centralen Kontrakturen, welche unabhängig von den Sehnenreflexen sind, gehören verschiedene, z. B. noch wenig studirte Zustände tonischen Krampfes, so die «paradoxe Kontraktur» WESTPHAL's, tonische Krämpfe bei Tabes, multipler Sclerose etc., Zwangsstellung bei Hirnleiden, die «athetotischen Kontrakturen» u. s. w.

Für die Kontrakturen bei toxischen und «funktionellen» Erkrankungen, lassen sich mit Hilfe des Verhaltens der Sehnenreflexe und des auseinandergesetzten Schemas manche Aufschlüsse über die Beziehungen zu den Centralorganen erhalten. So gehör. z. B. der tonische Krampf der Tetanie zu den typischen reflexodepressorischen Kontrakturen. *Dr. Em. Mandl.*

Wiener medicinischer Club.

(Originalbericht der Internationalen Klinischen Rundschau.)

Sitzung vom 24. Mai 1893.

Dr. Erben: *Demonstration und Besprechung eines Nervenfalles.* (Autoreferat.)

Hier ist ein Mann vor Ihnen, dessen beide Hände an die Krallenhand erinnern; beiderseits sind der Daumen- und Kleinfingerballen geschwunden, auch die übrigen kleinen Handmuskeln sind atrophisch. An beiden Vorderarmen vermisst man die Kontur der vom Ulnaris versorgten Muskeln, die Deltoidei sind beiderseits abgeflacht und atonisch. Entsprechend der Atrophie ist die Kraft dieser Extremitäten vermindert. In der Nähe wird Jeder erkennen, dass die atrophischen Muskeln fibrillär zucken. Diese Amyotrophien werden Sie Alle als spinale erkannt haben. Wenn der Mann einige Schritte macht, sehen Sie, dass er besonders den rechten Fuss am Boden schleift, dass er das rechte Knie steif hält, und dass er sich in kleinen Schritten fortbewegt; er demonstrirt Ihnen damit einen spastisch-paretischen Gang. Seine tiefen Reflexe sind an den oberen und unteren Extremitäten durchaus erhöht, der Tonus an beiden Biceps femoris und den Adductoren ist derart vermehrt, dass der dadurch gegebene Widerstand bei passiven Bewegungen der Oberschenkel nicht überwunden werden kann. Keine Empfindungsqualität zeigt eine Alteration. Der Kranke bietet also ein durchaus motorisches Krankheitsbild und Sie machen die Diagnose amyotrophische Lateralsclerose.

Doch wäre das zu wenig, um ihn in unserem Kreise vorzustellen. Jetzt erst bitte ich um Ihre Aufmerksamkeit. Sie sehen die schlaffen Gesichtszüge des Kranken, horchen Sie auf seine hesitirende Sprache, achten Sie auf die Paraphasie bei den Sprechproben und auf die Vergesslichkeit beim Nachsagen eines zusammen gesetzten Wortes, er selbst sagt Ihnen, wie ihn das Gedächtniss für die geläufigsten Dinge in seinem Berufe (er ist Zimmermann) in den letzten Jahren verlassen hat. Sie erfuhren eine Reihe von Merkmalen, welche sich auf cortikale Störungen beziehen.

Die degenerative Atrophie in den Muskeln verräth uns einen Prozess in den Vordersäulen des Rückenmarks, die spastischen Phänomene deuten auf eine Leitungsunterbrechung in den Pyramidenbahnen. Es sind hier also zwei der angenommenen Systeme erkrankt, das System der Vorderhörner und das der Pyramidenbahn; eine kombinirte Systemerkrankung, sie betrifft zwei Systeme, die innerhalb des Rückenmarks räumlich auseinander liegen. Man hat die Pathogenese darum lange nicht verstanden, bis es zuerst KAHLER und PICK gelungen war, in einem Falle von amyotroph. L. die Degeneration der Pyramidenbahn durch den Pons, Hirnschenkel und intracerebral bis zu deren centralem Ende in den motorischen Ganglienzellen der Centralwindungen und Paracentrallappen zu verfolgen; in der letzten Zeit berichteten noch CHARCOT und MARIE, sowie ein schwedischer und russischer Beobachter über gleiche Befunde. Dies schlug ein und nun ergibt sich der Zusammenhang der anatomischen Veränderungen darin: Es erkrankt bei der amyotroph. L. der cortico-muskuläre Apparat auf seiner ganzen Strecke, angefangen von den Ganglien der Centralwindungen durch die Pyramidenkreuzung hindurch und in seinem intramedullaren Verlauf; hier tritt jede der motorischen Bahnen an die entsprechende Ganglienzelle, im Vorderhorn (dieser gleichwerthig sind für die bulbären Nerven die Ganglien der bulbären Kerne), die sich mit ihrem Riesenausläufer — periphere Nervenfaser — nach entsprechender Auftheilung an die Muskelfibrille mittels der Endplatte anlegt.

Darauf will ich nicht eingehen, wie man sich zurechtlegt, warum in dem einen Fall mehr der Muskelschwund und im anderen mehr die spastischen Symptome überwiegen, so dass Uebergänge zwischen der spinalen Muskelatrophie und der amyotroph. L. existiren; der Prozess ist eben bei beiden Krankheitsbildern der gleiche, es ist ein Prozess der motorischen Bahn. Leicht wird es dadurch auch verständlich, wie sich zu unserer Symptomengruppe häufig bulbäre Phänomene anreihen.

Dass man selbst im Leben die Mitbetheiligung der Centralwindungen bei der amyotroph. L. nachweisen kann, wollte ich durch diesen Fall Ihnen demonstriren.

* * *

Dozent Dr. Freud: *Die hysterischen Lähmungen.*

Vortragender berichtet, dass er in den Jahren 1885 und 1886 mit seinem Lehrer CHARCOT einen lebhaften Meinungsaustausch über so manche Themen aus der Neuropathologie gepflegt habe, die meistentheils die hysterischen Neurosen betrafen. Seit 7 Jahren also beschäftigte er sich mit dieser Frage, der Schluss derselben habe sich aber erst aus der gemeinsamen Arbeit mit Dr. BREUER ergeben.

Um ein richtiges Urtheil über das Wesen der hysterischen Lähmungen zu bekommen, muss man dieselben mit den organischen Lähmungen vergleichen. Die motorische Bahn, welche die Gehirnrinde mit der Muskulatur verbindet, wird seit MEYNERT in drei Strecken eingetheilt, doch lassen sich die Lähmungen entsprechend denselben nicht in drei verschiedene Arten gliedern. Die neuere Gehirnanatomie kennt nur zwei Strecken der anatomischen Bahn, und zwar reicht die eine von der Rinde bis in die Nähe der Vorderhornzellen, die zweite von der Ausbreitung der Vorderhornzellen bis zu den Muskeln. Die Histologie des Nervensystems spricht von neuro-fibrillären Einheiten, die sich scharf von einander absetzen. Die Klinik kennt nur zwei Arten von Lähmungen, die peripher-spinale und die cerebrale Lähmung. Die Erstere ist detaillirt, es kann bei ihr jeder einzelne Muskel für sich gelähmt sein, unabhängig von seinem Nachbar, während Letztere eine Lähmung en masse ist, ganze Abschnitte oder complicirte Apparate betrifft. Wohl kann sich die cerebrale Lähmung detailliren, aber ihre Einschränkung ist keine freie, es kann kein beliebiger Theil isolirt gelähmt werden. Der Grundsatz der ganzen Anatomie ist der: Es gibt keinen Theil des Körpers, welcher mit der höheren grauen Station (Rindengrau) direkt verbunden wäre, ohne dass er die niedrigere Station (Rückenmark) passirt hätte; jeder einzelne Muskel hat sein zugehöriges Stück im Rückenmarksgrau. Die Peripherie ist geradezu projicirt auf das Rückenmarksgrau und es ist daher für die peripher-spinale Lähmung der Namen Projectionslähmung empfehlenswerth, für die cerebrale Lähmung der Namen Repräsentationslähmung, da vom Rückenmark zur Peripherie viel mehr Fasern gehen als vom Rückenmark zum Gehirngrau, so dass die vom Gehirn kommenden Fasern mehrere Punkte vertreten.

Die Hysterie ahmt aber nur die cerebrale Lähmung nach, während die Projectionslähmung kein Analogon unter der hysterischen Lähmung hat. Es gibt keine hysterische Facialis-, Radialis-, Ulnarislähmung u. s. w.

Die hysterischen Lähmungen unterscheiden sich von den cerebralen aber noch durch Folgendes:

1. Während es der cerebralen Lähmung schwer fällt, sich zu isoliren, können sich die hysterischen Lähmungen viel leichter dissociiren, sie geniessen dieselbe Freiheit wie die peripher-spinalen, sich einen beliebigen Theil auszusuchen.

2. Die Hysterie hat die Neigung zur excessiven Ausbildung; so bleiben z. B. dem Aphasischen stets noch einige Worte, während der Hysterisch-Aphasische absolut stumm ist. Diese zwei Charaktere (gesteigerte Intensität und Verwischung der Detaillirung) können sich nun kombiniren und gerade in dieser Vereinigung liegt der Hauptunterschied zwischen der hysterischen und cerebralen Lähmung.

3. Bei der cerebralen Lähmung ist die leichtere Funktion besser erhalten als die schwerere, was bei der Hysterie nicht der Fall ist. Spricht z. B. Jemand deutsch als Muttersprache, französisch als später erworbene Sprache und wird er aphasisch, so behält er

zum Theile das Vermögen, deutsch zu sprechen, während ihm das französische verloren geht; bei der Hysterie ist dies umgekehrt.

4. Bei der Hysterie finden sich nicht gewisse Associationen von Lähmungen, wie bei der organischen Lähmung; so findet sich z. B. bei der Hysterie nicht Facialislähmung und Lähmung der oberen Extremität; rechtsseitige Hemiplegie und motorische Aphasie u. s. w.

5. Gewisse Lähmungen kommen bei der Hysterie überhaupt nicht vor, so z. B. Hemianopsie; es sind auch alle Versuche, eine solche in der Hypnose zu erzeugen, misslungen, während sich sonst alle anderen Lähmungen bei der Hysterie reproduciren lassen.

6. Charakteristisch ist ferner das verschiedene Verhalten der Motilität und Sensibilität. Bei der organischen Lähmung überwiegt die Motilitätsstörung gegenüber der Sensibilitätsstörung, während dies bei der Hysterie gerade umgekehrt ist.

Woher kommen nun die Eigenthümlichkeiten der organischen und der hysterischen Lähmung? Die Eigenthümlichkeiten der cerebralen Lähmung hängen zusammen mit der Gehirnanatomie. Jede organische Lähmung kann durch die Gehirnanatomie begründet werden, umgekehrt aber schliessen wir auch aus der Eigenthümlichkeit der cerebralen Lähmung auf die Struktur des Nervensystems. Die hysterische Lähmung kann durch die Gehirnanatomie nicht erklärt werden. Es fragt sich nun, welche Art der Läsion haben wir bei der hysterischen Lähmung anzunehmen? Man hat für die Entstehung derselben Oedem und Gefässkrampf beschuldigt und nannte eine solche Lähmung eine dynamische. Man verwechselte dabei aber die Ausdrücke «dynamisch» und «flüchtig», da das Oedem nichts Anderes ist als eine organische Läsion, die aber schwinden kann. Ein Oedem kann aber nie so excessive und isolirte Lähmungen machen, sondern musste auch wieder eine organische Lähmung zur Folge haben, so dass die hysterische Lähmung nicht durch solche Läsionen erklärt werden kann. Wir nehmen also an, dass es sich bei der hysterischen Lähmung an der betreffenden Stelle der Rinde um eine Veränderung der Funktion handelt, aber ohne dass eine anatomische Veränderung stattfinden würde. Die hysterischen Lähmungen benehmen sich so als ob es keine Gehirnanatomie geben würde. Die Hemianopsie kommt bei der Hysterie nicht vor, weil die Hysterie von einer solchen nichts weiss. Die hysterische Lähmung wird stets beherrscht von der Vorstellung der Funktion, die cerebrale Lähmung von der Gehirnanatomie. Die hysterische Lähmung des Armes besteht z. B. darin, dass die betreffende Person die Innervationsvorgänge des Armes nicht treffen kann, dass der Vorstellungskreis für diesen Arm unerregbar ist. Die hysterische Lähmung besteht in einer associativen Unzugänglichkeit des betreffenden Vorstellungskreises. Wenn z. B. Jemand eine hysterische Armlähmung besitzt, so steckt dieser Arm in der Erinnerung eines hysterischen Traumas, das derzeit unerledigt ist, und der Arm versagt sich für eine andere Association, obwohl das Centrum für die Armbewegung intakt ist. Die hysterische Lähmung ist funktioneller Natur und ist meist mit psychischen Vorgängen in Verbindung zu bringen.

Dr. Herz bemerkt, dass es möglich sei, die hysterische Lähmung auf anatomische Veränderungen zu stützen, wenn man sich vorstellt, dass es isolirte Zellen gibt, deren freie Enden sich an einander legen. Die Zelle, welche den Arm versorgt, steht z. B. in Verbindung mit Zellen, welche es ermöglichen, von der Peripherie Wahrnehmungen aufzunehmen. Ziehen diese Zellen ihre Fortsätze ein, so tritt eine Unterbrechung ein und es istein Weg gefunden, eine anatomische Läsion für die Hysterie aufzufassen, so dass die Theorie der funktionellen Veränderungen fallen gelassen werden kann.

Dozent Freud erwidert, dass keine anatomische Läsion, welcher Art sie immer sei, die Eigenthümlichkeiten der hysterischen Lähmung erklären könne. Dr. Herz habe nur eine andere Art der Unterbrechung gezeigt, die aber wieder nur eine organische Lähmung bewirken könne.

Dr. Em. Mandl.

Société de dermatologie et de syphiligraphie zu Paris.

Sitzung vom 9. März 1893.

Dr. Quinquaud: Ueber trophische Affekt on der Hand und des Vorderarmes.

Dr. Quinquaud stellt der Gesellschaft einen 50jährigen Mann vor, der eine ganze Reihe kleiner rundlicher Brandschorfe in Dimensionen eines 50 Centimes-Stückes aufweist. Dieselben liegen entsprechend den letzten Verästelungen des nervus cubitalis. Im Anfang ähnelten sie einem vesiculösen Ekzem, indessen zeigte jedes Bläschen sehr bald Neigung zum Verschorfen. Es bestand vollkommene Unempfindlichkeit gegen Druck, ausserdem Unempfindlichkeit gegen Temperatur-Unterschiede, Unempfindlichkeit gegen schmerzhafte Reize in der betreffenden Gegend der oberen Extremitäten. An der oberen Grenze der erkrankten Zone fand man an einigen Punkten die Sensibilität erhalten, an anderen einzelne Qualitäten fehlend, andere noch vorhanden. So konnte man an einzelnen Punkten der oberen Grenze des erkrankten Gebietes die Contact-Empfindlichkeit noch konstatiren, während Analgesie und Thermoanästhesie bestand. Objektiv war eine erhebliche Herabsetzung der Temperatur in der betreffenden Gegend nachweisbar. Umfangreiche Untersuchungen führten Verfasser zu dem Resultat, dass es sich um eine exquisite Neuritis handelte. Verfasser glaubt somit, dass es sich hier um ascendirende Neuritis im Anschluss an eine Verwundung zweier Finger handelte, welche die qu. Erkrankung zur Folge hatte. Die Behandlung bestand in antiseptischem Verbande der Ulceration und Watte-Einwickelung des Vorderarmes. Unter dem Einfluss derselben beobachtete man ein Verschwinden der Läsionen. Nachdem jedoch die Behandlung ausgesetzt war, vergrösserten sich die Geschwüre wieder. Besonders weist Vortragender an dieser Stelle auf die Nothwendigkeit der stricten Durchführung der antiseptischen Behandlungsmethode hin, zumal es auf Grund der vorliegenden Untersuchung sicher ist, dass es sich, was bisher stets verkannt worden, um Mikroben-Invasion in die Geschwüre handle. Was die Prognose der Affektion anlangt, so glaubt Verfasser, dass dieselbe nicht so ungünstig ist, wie man bisher anzunehmen geneigt war. Er hält eine wenn auch erst nach langer und mühevoller Behandlung eintretende Besserung für wahrscheinlich.

* * *

Dr. Lejars: Doppelter syphilitischer Schanker der dorsalen Fläche des Daumens und Zeigefingers durch Biss.

Nachdem vor kurzem Fournier eine Reihe von interessanten Beobachtungen syphilitischer Ulcerationen an der Hand plublicirt hat, berichtet Vortragender über einen jüngst von ihm beobachteten ähnlichen Fall von atypischer Lokalisation des Schankers. Derselbe betrifft einen 30jährigen starken und kräftigen Mann, welcher verflossenen Sommer gelegentlich seiner Thätigkeit als Schwimmmeister mit einem Gaste in Streit gerieth und hierbei seinem Gegner einen Faustschlag auf den Mund versetzte. Er traf die obere Zahnreihe seines Gegners und fügte sich auf diese Weise eine doppelte Wunde an der Dorsalfläche des gekrümmten Daumens und Zeigefingers im Bereiche der Articulatio interphalangea der betreffenden Glieder zu. Die beiden kleinen Wunden schlossen sich sehr schnell. Einen Monat später wurde die Haut über beiden Narben etwas erhoben und es bildeten sich nun 2 Ulcerationen, welche langsam zunahmen und sich sehr schnell mit wuchernden Granulationen bedeckten. Zur Zeit der Aufnahme des Patienten in das Hospital ähnelten die beiden Wundflächen nichts weniger als Schanker. Am Zeigefinger beobachtete man eine die Grösse eines Zweifrancs-Stückes übertreffende Wunde, welche die gesammte Dorsalfläche des I. Interphalangeal-Gelenkes einnahm. Sie war oval, ihr Rand bläulich-violett, umgeben von Haufen von der Unterlage abgelösten Eperdermoidalzellen, der Grund mit kreisförmigen dunkelrothen Granulationen bedeckt, die Basis des Geschwürs weiss. Die Geschwüre waren äusserst schmerzhaft, an der Innenfläche des Armes fand man einen dicken 2—3 Finger breiten, ziemlich festen Strang, welcher sich bis zum oberen Drittel des Oberarmes erstreckte. Zwei Monate nach dem Biss führte Verfasser die Excision der

beiden Ulcerationen aus, die Wunde wurde mittels Jodoformverbandes verbunden und heilte schnell. Drei Wochen später erkrankte Patient unter Symptomen der Dysphagie und Dyspnoe. Bei der Untersuchung entdeckte man eine typische Roseola, Plâques muqueuses im Rachen etc. Die Diagnose war somit völlig zweifellos. Patient wurde sofort einer energischen Schmierkur unterworfen. Sehr bald entwickelte sich Effluvium capillitii, ausserdem zeigten sich Plâques der Mundschleimhaut, welche sehr hartnäckig blieben rauhe Stimme, heftiger Husten, Dysphagie, das Allgemeinbefinden des Patienten selbst wurde täglich schlechter. Die Wunden selbst blieben geschlossen, die Schleimpapeln in der Innenfläche des Unterarmes waren verschwunden. Nach einer sorgfältigen kombinirten Bäder- und Frictionsbehandlung genas Patient. Gegenwärtig befindet sich am Daumen eine schmale Narbe, am Zeigefinger besteht eine kleine Ulceration, welche nichts Besonders darbietet und zweifellos darauf zurückzuführen ist, dass Patient viel in Berührung mit reizenden und schmutzigen Stoffen kommt.

In der sich an den Vortrag anschliessenden Diskussion berichtete Dr. THIBIERGE über eine ähnliche von ihm vor einigen Monaten gemachte Beobachtung, welche er anfänglich für eine tuberkulöse Knochen-Affektion gehalten hatte.

(Allgem. Med. Central-Zeitung Nr. 34, 1893.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Die Syphilis und die venerischen Krankheiten.

Von **Dr. Ernest Finger,**
Dozent an der Universität in Wien.
Dritte wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage.
Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1892.

Bei dem Umstande, als das Studium der venerischen Krankheiten nach der bestehenden Lehrordnung immer noch dem Eigenfleisse der Studirenden anheimgestellt ist, kann das Erscheinen einer 3. Auflage eines, das Spezialfach behandelnden Lehrbuches, das seiner Bestimmung nach — dem Lernenden eine rasche Orientirung in der Disziplin zu ermöglichen, seinen Leserkreis doch hauptsächlich aus der Reihe der Studirenden rekrutirt — als ein grosser Erfolg bezeichnet werden, zumal wenn dieselbe nach so kurzem Zeitraume der 2. Auflage folgt, wie dies beim FINGER'schen Lehrbuche der Fall ist.

Was Inhalt und Rahmen anbetrifft, hat die Neuauflage entsprechend den geringen Fortschritten, die in den letzten Jahren auf dem Gebiete der Syphilisforschung zu verzeichnen sind, keine wesentliche Aenderung erfahren, und ist die in der Aufschrift angekündigte Vermehrung hauptsächlich auf die Einschaltung der im Jahre 1890 (Archiv für Dermatologie und Syphilis) veröffentlichten Syphilistheorie des Verfassers zu beziehen.

Von den modernsten bakteriologischen Prinzipien ausgehend, unterscheidet Verfasser die Wirkungen des syph. Virus, wie sie sich in dem Primäraffekte, dann Roseolis, Papeln und all den Herdsymptomen der sekundären Periode kundgeben, von den Folgen der Stoffwechselprodukte der Bakterien.

Die Stoffwechselprodukte sind vor dem Auftreten der Syphilide in der Eruptionsperiode zu konstatiren: Fieber, Abgeschlagenheit, Glieder- und Gelenkschmerzen mit nächtlicher Exacerbation, rasch vorübergehende Albuminurien, kurz dauernder Ikterus, Schwankungen der Reflexerregbarkeit, Neuralgien, Hyperämien der Netzhaut etc. sind viel zu ephemere, wechselnde Erscheinungen, als dass man sie durch örtliche Herde des Virus bedingt glauben könnte; so sind auch die chloranämischen Erscheinungen der Sekundärperiode, ferner die Alopecie, Sehorrhoe etc. durch Toxine des Virus bedingt. Die bald nach dem Auftreten des Primäraffekts zu constatirende Immunität sei durch chemische Umstimmung vermittelst der Ptomaine zu erklären, ähnlich das PROFETA'sche und COLLES-BEAUMÉS'sche Gesetz.

Das Tertiärstadium betrachtet FINGER als eine durch die Syphilistoxine erzeugte chronische Intoxication, eine spezifische Kachexie, die tertiären Symptome sind ihm, wie ja auch manchem vor ihm, keine syphilitischen mehr, sie sind nicht contagiös, nicht vererbbar, mit Reinfektionen verträglich, vom Jod als Specificum, vom Mercur schwer zu beeinflussen.

Obgleich nun die, auf Analogieschlüsse aufgebaute, höchst interessante Infektionstheorie an sich sehr sinnreich und consequent durchgeführt ist und andererseits der Verfasser auch Sorge getragen hat, die einzelnen, aus seiner Hypothese ableitbaren Erklärungsversuche der verschiedenen Phänomene und Gesetze, durch Anwendung kleiner Druckschrift vom Thatsächlichen, Feststehenden auch äusserlich zu trennen, so können wir doch nicht umhin, bei der durchaus unsicheren Stellung, welche die Toxine in der Pathologie einnehmen, die Aufnahme einer Theorie, die von der Existenz von Stoffwechselprodukten selbst noch unbekannter Mikroorganismen ausgeht, in ein Lehrbuch als bedenklich zu bezeichnen.

Die dem Buche beigegebenen, musterhaft ausgeführten Abbildungen histologischer Veränderungen haben durch Aufnahme einer, der Abhandlung des Verfassers über «Chronische Urethralblenorrhoe» (Ergänzungshefte zum Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1891, I.) entnommene chromolithographirte Tafel, eine instruktive Bereicherung erfahren.

Die Ausstattung auch dieser Auflage verdient in Hinsicht auf Reinheit des Druckes und getreue Wiedergabe der Abbildungen als besonders gelungen hervorgehoben zu werden. *N.*

Die animalischen Nahrungs- und Genussmittel des Menschen.

Mit Berücksichtigung der österreichischen und deutschen Gesetzgebung.
Von **August Postolka** und **Anton Toscano,**
beamtete Thierärzte der Stadt Wien.
Zum Gebrauche für Thierärzte, Sanitätsbeamte und Physikatskandidaten.
Mit 33 Abbildungen.
Verlag von Moritz Perles. Wien 1893.

Das in diesem Werke niedergelegte Materiale entspricht vorwiegend den von Verfassern gelegentlich des Dienstes auf den grossen Märkten und in den Schlachthäusern der Stadt Wien gemachten Erfahrungen, wobei dieselben bemüht waren, alle auf die animalischen Nahrungsmittel bezughabenden, wichtigen gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen anzuschliessen. Die Herausgabe des Werkes entsprach der Absicht, den mit der Kontrole der animalischen Nahrungsmittel des Menschen betrauten Sanitätsbeamten einen Behelf zu bieten, welcher den Bedürfnissen der Praxis entsprechen sollte, was den Verfassern auch trefflich gelungen ist. *E. K.*

Zeitungsschau.

Prof. A. Pick (Prag): **Ueber reflektorisch von der Nase aus ausgelöste psychopathische Erscheinungen.***) — (Prager Medizinische Wochenschrift Nr. 16, 1893.)

Während die Lehre von den reflektorisch von der Nase aus hervorgerufenen Neurosen nach verschiedenen Wechselfällen einen gewissen gesicherten Standpunkt erreicht, fehlt trotz eines vielversprechenden Anfangs vorläufig noch fast gänzlich das nöthige Material an Thatsachen für die Feststellung etwaiger ähnlicher Beziehungen zwischen Nasenleiden und Psychosen; einen Beitrag dazu zu liefern ist der Zweck der nachstehenden Mittheilung.

Sehen wir ab von einer älteren Mittheilung von SAUVAGES aus dem vorigen Jahrhundert, der 2 Fälle von Psychosen berichtet in Folge von Larven in der Nasenhöhle und von einer Erwähnung ARNDT's von einem Falle, der durch Behandlung der bestehenden Nasenaffektion geheilt wurde, so reducirt sich, soviel man übersehen kann, der Rest auf zwei kurz erwähnte Fälle HACK's, desjenigen

*) Bei der Wichtigkeit des hier behandelnden Gegenstandes bringen wir denselben ausführlich. Die präzise Darstellung gestattet auch nicht leicht eine Kürzung.

Autors, der bekanntlich soviel für die Lehre von der nasalen Reflexneurose geleistet.

Im Anschluss an die Mittheilung von reflektorisch von der Nase aus ausgelösten Erscheinungen, die er als Aequivalente des Asthma's ansieht, Alpdrücken, Angstanfälle, Herzklopfen u. A. berichtet er über zwei Fälle, von denen er selbst sagt, dass sie den Beweis dafür erbringen, dass — ebenso wie von anderen Organen aus — auch von den Nasenschleimhäuten aus psychische Alterationen ihren Ausgangspunkt nehmen können; der erste betrifft eine Frau, bei der asthmatische Anfälle mit Zuständen einer sinnverwirrenden Angst abwechselten, in denen die Patientin den Gedanken nicht los werden konnte, sie könne ihre Umgebung durch Nadeln und andere unbedeutende Gegenstände in die grösste Lebensgefahr bringen; während die Asthmaanfälle durch die rhinochirurgische Behandlung zum Schwinden gebracht wurden, war die Zwangsvorstellung zur Zeit der Mittheilung noch unbeeinflusst.

Der 2. Fall betrifft einen Mann, bei welchem das den Angstanfall einleitende Gefühl der plötzlichen Nasenverstopfung die Angst so steigerte, dass er durch heftiges Herunterstürzen grosser Mengen von Spirituosen bis zur Trunkenkeit seine Angst zu bemeistern suchte. Die Behandlung brachte den ganzen Symptomenkomplex zum Schweigen, doch starb Patient später an Typhus.

Nur anmerkungsweise wäre noch zu gedenken der Thatsache, das L. Meyer (Archiv f. Psych. XX. pag. 5) von einem Kranken mit Anfällen von Höhenschwindel berichtet, dass derselbe, wohl im Zusammenhange mit Nasenpolypen, längere Zeit an asthmathischen Zuständen litt, welche durch Entfernung der Nasenpolypen behoben wurden bei Fortbestehen der abnormen psychischen Erscheinungen. Es erscheint dieses Nebeneinanderbestehen von Zwangsgefühlen und Asthma bei Nasenpolypen deshalb bemerkenswerth, weil auch in dem einen Falle Hack's die psychischen Erscheinungen das Gepräge von Zwangsvorstellungen trugen und auch wie gleich hier bemerkt in dem jetzt mitzutheilenden Falle die anscheinend mit der Nase in Beziehung stehenden psychischen Erscheinungen dieser Kategorie nahe standen.

Am 14. Feber v. J. wird die 23jährige Maria Sch., verheirathet, Arbeitersfrau, zur Klinik aufgenommen.

Vater lebt, ist gesund; Mutter an Tuberkulose gestorben, wird als exzentrische, bös angelegte Natur geschildert; eine Schwester der Patientin leidet an Epilepsie. Sie selbst litt in ihrer Jugend viel an Augenentzündungen; seit 5 Jahren verheiratet, hat sie zweimal geboren, das Jüngste ist 3 Jahre alt; sie war bis in den Herbst 1891 gesund, ihre Verhältnisse waren geordnet. Seit etwa 3 Monaten klagte sie über Herzklopfen, das vom Arzte als nervös bezeichnet und durch die ärztliche Therapie nur wenig gebessert wurde. Etwa seit Neujahr litt sie an garstigen Träumen: «dass sie den Nasenkrebs bekommen habe», — in ihrem Wohnorte sollen Frauen mehrfach Geschwüre der Nase und des Gesichts haben — «zwei Männer hatten sie erschiessen wollen» und «ein schwarzer Mann hätte durch's Fenster geschaut», «dass sie einen Jungen beissen wollte.» In Folge dessen war sie oft ängstlicher Stimmung auch des Tags über, der Schlaf und Appetit waren schlecht. Dieser Zustand verschlechterte sich in der letzten Zeit, zeitweise wurde Patientin sehr ängstlich, zitterte am ganzen Körper und gab als Grund dafür an, ein böser Geist befehle ihr, sie müsse ihren Mann und ihre Kinder umbringen; diese Gedanken kamen nach ihrer eigenen, vom Manne spontan am Tage der Aufnahme, also auch vor Kenntnisnahme des später supponirten pathogenetischen Zusammenhanges, mitgetheilten Aeusserung von der Nase her; Patientin klagte auch oft, dass sie die Nase voll habe, dass der böse Geist aus der Nase komme und ihr keine Ruhe gebe; die Gedanken kommen bloss zeitweise und dann plötzlich, zeitweise hatte sie wieder Ruhe; in diesen freien Zeiten soll die Kranke von Verstimmung frei sein. Von einem Nasenleiden der Frau weiss der Mann nichts.

Ueber das Verhalten der Kranken macht er folgende Angaben: sie fiel zuweilen über die Kinder her, um sie zu beissen, einmal versuchte sie sich mit einer Schnur zu erdrosseln und wollte den Mann, der sie daran hinderte, erwürgen. Der behandelnde Arzt berichtet, dass die Patientin öfters nach Messern suchte, einmal nahm sie auch thatsächlich ein Rasiermesser in's Bett mit; einmal kam ihr der Gedanke, wie es wäre, wenn sie Nachts aufstünde und ihren Mann erdrosselte, ein andermal schlug sich mit einem Hammer gegen den Kopf, von welcher Verletzung noch Spuren bei der letzten ärztlichen Untersuchung am 9. Februar sichtbar waren. Diese Gedanken kommen anfallsweise über die Kranke, sie klagt weinend, dass ihr dieselben durch den Kopf gehen und bittet sie zu halten, falls sie sich vergreifen sollte.

Patientin ist bei ihrem ersten Examen anfänglich völlig ruhig, später weint sie; ihre Aeusserungen ergaben zusammengefasst etwa Folgendes;

Ausser dem Augenleiden habe sie schon als Mädchen eine «böse» Nase gehabt, der Vater sagte ihr damals, sie werde den Krebs bekommen. Seit der letzten Geburt sei sie schwach geworden, habe damals wenig gegessen und später habe sich Herzklopfen eingestellt; doch wäre sie noch im vorigen Sommer gesund und munter gewesen; etwa seit Neujahr, wo sie die bösen Träume hatte, sei sie krank; sie habe so eigenthümliche Gedanken gehabt, es sei ihr durch den Kopf gegangen, dass sie Jemanden erstechen solle, so dass man alle Messer verstecken musste; das erstemal, aber auch nur einmal des Nachts habe sie mit den Ohren gehört: «Du! ersteche.» Die Gedanken kommen des Nachts sofort wenn sie aufwache, sie kämen aber nur, wenn die Nase voll wäre, daran schliesse sich ein Jucken im Gesichte und ein Zittern des Körpers und dann kommen die Gedanken; sie habe selbst die Kinder weggeschafft, damit sie ihnen nichts anthue. Einmal kam ihr eine Hitze und dann kam es in die Zähne, als ob sie die Kinder beissen müsste, ein andermal hätte es sie aus dem Bette gezogen, sie solle den Mann erwürgen, sie habe die Hände unter der Decke versteckt; sie habe öfters gebeten, man möge sie binden, damit sie nichts anstelle. Unter heftigem Weinen bittet sie, sie möchte sterben, verlangt Gift, sie wolle nicht gesund werden, nicht mehr nach Hause kommen.

Der Status somaticus ergibt von wesentlicheren Befunden:

Beträchtliche Abmagerung, Anämie, angewachsene Ohrläppchen, Dämpfung über der rechten Lungenspitze, darunter verschärften Inspirium, deutlich hörbares Exspirium mit deutlich bronchialem Beiklang, über der linken Spitze Rasseln. Der Nasenbefund von der Klinik Prof. Zaufal lautet: Rhinitis hypertrophica der unteren Nasenmuscheln besonders an den hinteren Partien, Operation dringend indicirt. Am Nachmittag klagte Patientin bei der Visite über Vollsein der Nase und ein eigenthümliches Gefühl, das ihr in die Zähne omme; dabei war Patientin sehr ängstlich. Am 15. sagt Patientin, sie sei schon vollkommen hergestellt, seit gestern seien keine Gedanken gekommen; bittet mit weinlicher Stimme, sie zu entlassen und fängt dann heftig an zu weinen; die Nase wolle sie nicht behandeln lassen; will lieber sterben. Nachmittags etwas freier, nicht deprimirt. In der Nacht zum 16. schlecht geschlafen, war sehr ängstlich, verlangte am Morgen, man möge ihr etwas geben, damit sie endlich todt werde.

Am 16. wird sie in der Vorlesung demonstrirt, die sich etwa in folgendem Gedankengange bewegt:

Es handle sich symptomatologisch um einen jener Fälle, die unrichtig als selbstständige Krankheitsform, als impulsives Irrsein bezeichnet werden, in welchen die sich aufdrängenden Zwangsvorstellungen sofort auch zur That drängen: die dämonomanische Deutung derselben wird aus einschlägigen Beobachtungen erläutert.

Die Depression der Kranken wird vorwiegend aus dem peinlichen Inhalt der Impulse, theils als durch das Heimweh der Kranken verstärkte selbstständige melancholiche Depression erklärt. Der hereditäre Charakter dieser «Form» des Irreseins trete hier deutlich hervor, ebenso auch die Aehnlichkeit mit epileptoiden Zuständen (Griesinger); pathogenetisch dürfte man an einen Zusammenhang mit dem Nasenleiden denken, insoferne die präcisen Angaben der Kranken selbst denselben nahe legen; dass die psychopathischen Erscheinungen trotz des langen Bestandes des Nasenleidens erst jetzt auftreten, sei wohl so zu erklären, dass die seit der letzten Geburt abnehmde Ernährung und die Tuberkulose in der Melancholie das Terrain für jene erst gezeitigt hatten; vielleicht spiele die seit mehreren Monaten ausgebliebene Periode auch dabei mit; entscheidend für den supponirten pathogenetischen Zusammenhang werde der Erfolg der Operation sein.

Gegen Abend wird die Schleimhaut vom hinteren Antheil der rechten unteren Nasenmuschel mit der kalten Schlinge entfernt; Blutung gering. Kurze Zeit nach der Operation giebt Patientin an, sie fühle sich bedeutend besser; sie schläft auch trotz grosser Unruhe im Inspektionszimmer die ganze Nacht. 17. Februar: Verharrt bei ihrer Angabe, dass ihr bedeutend besser sei; auf die Frage, was sie an der Nase verändert fühle: «dass die Gedanken heraus sind»; dann aber äussert sie: «Der böse Geist thut noch in mir.» Spielt, was sie bis dahin nicht gethan, freundlich mit einem idiotischen Kinde. Von Mittag ab wieder ängstlich, weint öfters.

18. Februar. Ist traurig, verlangt ihren Vater zu sehen; examinirt sagt sie, die Operation habe ihr gut gethan, sie glaube sie sei nicht mehr die, die sie war, die Nase ist nicht mehr so voll, der böse Geist sitze nicht mehr in der Nase, gebe aber immer noch keine Ruhe; die Gedanken seien fort; trotzdem sie nun ihre Befriedigung darüber äussert, weint sie doch viel und motivirt es damit, dass sie nach Hause wolle; droht es durch Nichtessen zu erzwingen.

19. Februar: Neuerliche Vorstellung in der Vorlesung; sie ist vollkommen ruhig und korrekt, Stimmung deprimirt; gibt Folgendes an: «Als ich das erstemal vorgestellt wurde, waren die Gedanken noch in der Nase; seit dem Tage, wo ich operirt wurde, ist mir ganz gut»; das Gefühl von Völle auf der operirten Seite sei verschwunden, über ihre Depression befragt, gibt sie an, sie sei schon immer von trauriger Gemüthsart gewesen, schon ihr Vater habe ihr immer gesagt, sie solle lustiger sein. (Siehe auch die Angaben des Mannes am Schlusse der Beobachtung.)

Abendvisite: Es gehe ihr besser, sie habe keine Angst mehr, der böse Geist und die Gedanken seien fort. Operation links. 20. Februar. Sehr weinerlich, man möge sie sterben lassen. Angst habe sie keine, es sei ihr nach der Operation besser geworden; jammert über ihr Schicksal.

21. Februar: Nachts schlecht geschlafen, hatte angeblich keine Ruhe: tagsüber deprimirt; die Nase sei gut, die Gedanken fort.

22. Februar; Als Ursache der Depression gibt sie Heimweh an, die Nase sei gut.

23. Februar: Seit gestern Nachmittags freier: sie fühle sich erst seit der 2. Operation an der Nase wohl; in der Folgezeit noch wechselndes Verhalten. Briefe vom Hause verschlimmern die Stimmung.

Am 3. und 10. März werden die Nasenmuscheln, da die Entfernung der hyperplastischen Schleimhaut keine völlige war, galvanocaustisch behandelt. In der Folgezeit bessert sich der Zustand noch mehr. Verstimmung ist nicht mehr zu beobachten. Patientin beschäftigt sich und nachdem die Schleimhaut der Nase völlig normal ist und Patientin sich auch im körperlichen Aussehen sehr gebessert hat, wird sie zu Ostern auf das Drängen ihres Mannes entlassen, der angibt, dass sie immer etwas schwermüthig gewesen und jetzt so wie vor ihrer Erkrankung sei.

Aber schon am 4. Mai wurde die Kranke wieder zur Klinik gebracht; den vom Arzte mitgetheilten Angaben nach sei sie ihrem Mann am ersten Tage normal vorgekommen, habe verständig von ihrem Aufenthalte in der Anstalt gesprochen, an Allem Interesse gehabt; aber schon am folgenden Tage sei sie in ihre frühere Schwermuth verfallen «es sei für sie keine Hilfe,» bat, sie zu verbrennen; sie müsse sich selbst umbringen; in den nächsten Tagen beruhigte sie sich jedoch wieder und erst in den Tagen vor ihrer neuerlichen Einbringung trat wieder eine Verschlimmerung ein, in der sie auch in's Wasser sprang.

Bei dem ersten Examen gibt die Kranke Folgendes an: Die ersten 8 Tage sei sie ganz gesund gewesen; dann kam ihr plötzlich der Gedanke, dass sie nicht mehr leben könnte, sich tödten müsse; das kam ihr in den Mund, sie war gezwungen, das immer zu wiederholen; es kam aber nicht von der Nase; sondern aus dem dem Kopfe: erzählt auch von dem Suicid-Versuche dann weiter, sie habe kein Blut in sich, weil sie die Regel nicht habe und deshalb wolle sie sterben; bittet um einen neuen Leib, einen neuen Kopf, sonst könne sie nicht gesund werden.

Während des Examens wird sie immer deprimirter, weint später; als ihr versprochen wird, sie gesund zu machen, wird sie plötzlich heiter, lacht.

Nach einer wenig Tage andauernden Beruhigung, wird die Kranke in der Folgezeit sehr agitirt, macht wiederholte Selbstmordversuche und wird am 20. Oktober 1892 zu einer andern Abtheilung transferirt.

Angesichts des im Vorstehenden skizzirten weiteren Verlaufes bedarf die anfänglich über die Stellung der reflektorisch von der Nase ausgelösten Erscheinungen im ganzen Krankheitsbilde aufgestellte Ansicht einer gewissen Korrektur; zuerst kommt die erst später gemachte Angabe des Mannes von der Kranken zu ihrem Rechte, insofern wir es offenbar mit einer ab origine «minderwerthigen» Person zu thun hatten; man wird weier wohl anzunehmen haben, dass die Zwangsvorstellungen und Impulse Begleiterscheinungen des auch nachträglich persistirenden melancholischen Zustandes waren; dagegen ist wohl auch bei diesem Sachverhältnis die Deutung acceptabel, dass es sich dabei um reflektorisch ausgelöste Erscheinungen gehandelt; im Hinblick auf das Vorangehende wäre es dann auch verständlich, wie trotz der Entfernung der anfänglich auslösenden Ursache der Grundzustand bestehen bleibt und auch die Zwangsvorstellungen und Impulse wieder auftraten, ein Verhältnis das ebenso wie in den Eingangs erwähnten Fällen Hack's mit psychopathischen Erscheinungen, wie auch in zahlreichen Andern mit einfach nervösen bekanntlich statt hat.

Man darf sich aber nicht verhehlen, dass die Erscheinungen, tritt man nur mit der gebotenen Skepsis an dieselben heran, auch noch einer anderen Deutung zugänglich sind; es ist durchaus zulässig die Lokalisation der Impulse in der Nase als suggestiv von der Lokalaffektion bedingt zu deuten, wodurch sich ganz ungezwungen in gleicher Weise die nur kurze Zeit andauernde Wirkung der Operation erklärt.

Thayer: Lupus exendens und dessen Behandlung. (Centralbl. f. Chirurgie Nr. 16, 1893).

Wenn man die Sonnenstrahlen mittelst einer Brennlinse gesammelt auf die Haut einwirken lässt, so beginnt die getroffene Stelle alsbald zu rauchen und wird in wenigen Sekunden zerstört, wobei weder Entzündung noch Schmerz entsteht; Heilung folgt ohne jegliche Narbe. Diese Beobachtung führte Thayer dazu, kleine Geschwülste der Haut mittelst Sonnenlichts zu zerstören und das Verfahren auch bei eiterndem Lupus zu versuchen. Der Erfolg war vorzüglich, die während der etwa 2 Minuten währenden Einwirkung bestehenden mässigen Schmerzen hörten nach Wegnahme der Linse sogleich auf. Auf die versengten Stellen wurde Zinksalbe aufgestrichen, darüber feuchte Karbolwatte, darüber trockene Watte gelegt. Der Verband wurde täglich gewechselt. Nach 2 Wochen tritt Heilung mit oberflächlicher weicher Narbe ein, und die Röthung der Umgebung des lupösen Geschwüres verschwindet.

Dr. R. Langerhans. Ueber die Veränderungen der Luftwege und der Lungen in Folge von Karbolsäurevergiftung. (Deutsche mediz. Wochenschrift, Nr. 12, 1893).

Eine 33jährige Malerin trank in selbstmörderischer Absicht eine Quantität Acid. carbolic. liquefact. concentr. Trotz Magenausspülung mit Solut. Magnesiae ust. verschlimmerte sich der anfangs ziemlich erträgliche Zustand; es stellte sich Husten mit schleimig-eitrigem Sputum ein und schon am 3. Tage war absolute Dämpfung und Bronchialathmen im rechten Oberlappen, am 5. Tage leichte Dämpfung und Bronchialathmen auch l. h. u. nachweisbar. Darauf in der Nacht Exit. letal.

Der Sectionsbefund ergab ausser Anätzung des Larynx, der Trachea, der Bronchien der rechten Lunge, eitriger Bronchitis, linkerseits eine katarrhalisch-fibrinöse Pneumonie des linken Unterlappens und eine ebensolche des rechten Oberlappens. Ausserdem parenchymatöse Nephritis, eine circumscripte Entzündung des Oesophagus in der Höhe des Kehlkopfs, Gastritis katarrh.

Die Pneumonie, die klinisch als Schluckpneumonie diagnosticirt wurde (es fehlte für eine fibrinöse Pneumonie das rostfarbene

Sputum), war keine solche im gewöhnlichen Sinn; denn man fand in den pneumonisch erkrankten Partien im eigentlichen Lungengewebe keine Aetzwirkung von etwa bis dahin eingedrungener Karbolsäure. Es war vielmehr ein fortgeleiteter bronchitischer Prozess, ganz nach Art der katarrh. Bronchopneumonie, nach dem makro- und mikroskopischen Befund als katarrhalisch-fibrinös zu bezeichnen. (Mikroskopisch fanden sich neben dem Diplococcus lanceolat FRÄNKEL zahlreiche Streptokokken).

Bei Vergleichung der Literatur findet sich meist keine erhebliche Verätzung im Verdauungskanal, dagegen im Kehlkopf und in den oberen Luftwegen intensivere Veränderungen durch Hineingelangen der Säuren wahrscheinlich in Folge der grösseren Empfindlichkeit des Flimmerepithels. Trotz der schweren Erscheinungen im Kehlkopf ist doch Lungenentzündung bei Karbolsäurevergiftung ziemlich selten. Dass sie ohne Perforation des Oesophagus auftreten kann, beweist der beschriebene Fall und vier andere aus der Literatur kurz citirte Fälle.

In ähnlicher Weise tritt auch Pneumonie auf bei Schwefelsäurevergiftung, wovon ein Fall mitgetheilt wird.

In allen diesen Fällen fand sich intensive Verätzung der Luftwege, katarrh. Bronchitis und im Anschluss daran fibrinöse Bronchopneumonie, die nach des Verfassers Auseinandersetzungen also nicht als Aspirationspneumonie im engeren Sinn, sondern als fortgeleiteter bronchitischer Prozess aufzufassen wäre. *B. S.*

Dr. Osler: Ueber einen Fall von Neuritis in Folge von Arsenikvergiftung. (Montreal Med. Journal April 1893.)

Ein Kranker, der an der HODKINGS'schen Krankheit litt, nahm in 65 Tagen 80 *gr* Arsensäure zu sich, und zwar in der Form von arsensaurem Kalium in Lösung. — Es traten folgende Erscheinungen auf: Diarrhoe, eine ausgesprochene Pigmentation der Haut, Verlust des Patellarreflexes, Schwäche in den unteren Extremitäten mit Verminderung der elektrischen Erregbarkeit, kurz die Symptome einer toxischen Neuritis.

Was die Frage betrifft, ob die Idiosynkrasie dabei eine Rolle gespielt habe, so gibt dies Dr. OSLER zu, da die Intoxikationen in Folge der Arsenik-Medication selten sind, trotz des allgemeinen Gebrauches der Arsenik-Salze in der Chorea und gegen die Anämien. *L. L.*

Dr. Carppelletti: Antipyrinomanie. (Riv. Sper. di Frenat. e di Med. leg. 31 März, 1893.)

Die Symptome dieser toxischen Psychose werden durch folgenden Fall illustrirt: Eine Hysterische, 23 Jahre alt, treibt seit zwei Jahren Missbrauch mit dem Gebrauch des Antipyrins, um ihre Kephalalgie zu lindern; sie nimmt täglich 8 *gr* des Medikaments zu sich. Verlust des Appetits, Insomnie, krankhaftes Colorit an den Ohren, und Muskelschwäche sind die Folgen davon. Sie lässt sich in eine Irrenanstalt aufnehmen, indem sie spontan eine Abstinenzkur gegen das Antipyrin verlangt.

Man reducirt die Dosis des Medikaments. Dies bedingt einen Zustand von Prostration und von schweren functionellen Störungen, selbst wenn man das Mittel entzieht, ohne dass die Kranke davon wissen würde. Man verordnet gegen diese Anfälle Bromkalium und Coffein. Endlich genest die Kranke von ihrer Antipyrinomanie.

Dr. CAPPELLETTI empfiehlt eine successive Entziehung des Antipyrins bei diesen Zuständen gerade so wie bei der Behandlung der Morphinomanie. *L. L.*

Cadier (Paris): Ueber die Wirkung des Jod bei der Behandlung der Tuberkulose. (Le Progrès Médical 1893, Nr. 5.)

Dr. CADIER hat im «Asile de Villepinte» eine gewisse Anzahl von Tuberkulösen mit Jod behandelt. Darüber berichtet er in der Sitzung vom 26. Jänner l. J. der «Société de Médecine et de Chirurgie pratiques». Das Jod wurde in der Dosis von 0·10—0·40 täglich verabreicht. Die betreffenden Kranken waren mehr oder minder schwer von der Affection ergriffen, jedoch entsprechend dem ersten und zweiten Stadium der Autoren. Unter dem Einflusse der Jodbehandlung hat Verfasser Anfangs eine kongestive Periode nachweisen können, in welcher die Lungensymptome, Husten und Expectoration, eine Verschlimmerung erfuhren. Nach 4 oder 5 Tagen trat jedoch Besserung ein, und man konnte die allgemeinen Wirkungen des Jods auf die Ernährung konstatiren. Der Appetit steigerte sich mit den zunehmenden Kräften und die jüngeren Individuen wurden fetter, während die mehr fetten Patienten abmagerten. Dieses widersprechende Verhalten ist anscheinend paradox, es erklärt sich aber leicht an der Hand unserer Kenntnisse über die Pharmakodynamik des Jods. Man weiss in der That, dass dieses Medikament die Oxydationen fördert: daher dessen Tendenz, das Fett zum Schwinden zu bringen. Dagegen begünstigt diese nämliche, die Ernährungsvorgänge anregende Wirkung das Zellenleben, woraus eine Körpergewichtssteigerung bei jungen Leuten folgt, die noch wenig Fett angesetzt haben. *Del Torre.*

Gamberini (Bologna): Tabak und Syphilis. (Giornale ital. delle malattie ven. e della pelle Heft I. 1893.)

Verfasser weist darauf hin, dass man im Allgemeinen in Werken über Syphilis unterlässt, über den Einfluss des Tabakrauchens auf syphilitische Individuen zu sprechen. Verfasser gibt daher in vorliegender Arbeit diesbezügliche Belehrungen und setzt seine eigenen Beobachtungen auseinander. Er hebt hervor, dass die iritirende Wirkung des Tabaks, der eine besondere Pharyngitis hervorruft, zu syphilitischen Manifestationen Anlas geben kann. Ueberdies bilden die durch den Tabak und den warmen Rauch an den Lippen und der Zunge hervorgerufene Reizung und Entzündung günstige Bedingungen für das Haften des syphilitischen Virus. Verfasser erinnert auch an die Thatsache der Uebertragbarkeit der Syphilis durch Zigarrenstumpfe und durch den Gebrauch einer inficirten Pfeife. Syphilitischen sei das Tabakrauchen zu widerrathen.

Anschliessend an diese Bemerkungen erwägt Verfasser die Möglichkeit der Schwierigkeit der Diagnose zwischen einem exulcerirten syphilitischen Gumma und dem Raucherkrebs. Diesbezüglich beschreibt GAMBERINI einen Fall, welcher zeigt, dass der Zungenkrebs sich bei einem Individuum, das vorher syphilitisch gewesen, entwickeln konnte, ohne durch die Syphilis beeinflusst zu werden. In diesen Fällen war die antisyphilitische Behandlung dem Neoplasma schädlich. Als Unterscheidungsmerkmal der beiden Krankheitsformen führt Verfasser an, dass während die Syphilis den Zungenteller befällt, das Krebsgeschwür die Zungenränder zerstört. Das durch einen Zahnsplitter bedingte chronische Zungengeschwür, das insbesondere bei Rauchern auftritt, heilt leicht nach Extraktion des betreffenden Zahnes. *A. D.*

E. Dreispul: Epitheliom der Zunge, erfolgreiche Behandlung durch Elektrolysis. (Journ. of. laryngol. Bd. VII. Heft 2. — Centralbl. f. Chirurgie Nr. 19. 1893).

Bei einem 25jährigen Manne, der an Tuberkulose der Lungen litt, hatte sich am rechten Zungenrande ein grosses Geschwür entwickelt, welches zuerst als tuberkulös betrachtet, späterhin als exulcerirtes Epitheliom diagnosticirt wurde. Wegen des Zustandes der Lungen wurde eine Operation unter Chloroform für unthunlich gehalten, und das Geschwür, welches bereits zu Drüsenschwellungen am Halse geführt hatte, elektrolytisch behandelt. Es wurde auf diese Weise innerhalb von 4 Wochen zerstört und zur Vernarbung gebracht. Inzwischen waren auf dem Zungenrücken zwei graue Knötchen sichtbar geworden, welche galvanokaustisch zerstört wurden. Nach wenigen Wochen aber hatten sich an ihrer Stelle zwei Ulcerationen entwickelt, die ihrerseits erst wieder durch Elektrolyse zur dauernden Vernarbung gebracht wurden. Merkwürdig war noch besonders das vollständige Verschwinden der Drüsenschwellungen ohne jeden weiteren Eingriff, eine schon von GROH bei der Elektrolyse beobachtete Thatsache. Verfasser gibt der Elektrolyse den Vorzug vor der Galvanokaustik, weil sie weniger schmerzhaft ist, geringere Reaktion erzeugt, und quoad recidivum nachhaltiger wirkt.

Tagesnachrichten und Notizen.

* Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 2. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, ergriff der Vorsitzende Hofrath Prof. Dittel das Wort zu folgender Ansprache: «Meine Herren! Abermals trete ich mit der Trauerkunde vor Sie hin, dass wir durch den Tod einen Kollegen verloren haben, von dem man sagen kann, dass er sich sein kurzes Dasein mit dem Lorbeer bekränzt hat. Wir verlieren in Professor A. Paltauf einen hoffnungsvollen und strebsamen Kollegen, an den wir die schönsten Aussichten zu knüpfen berechtigt waren. Sein Verdienst um die medizinische Wissenschaft wird anderen Ortes gewürdigt werden. Wollen wir sein Andenken durch Erheben von den Sitzen ehren.» Der Vorsitzende macht ferner die Mittheilung, dass Prof. Joannu aus Athen für seine Ernennung zum correspondirenden Mitgliede der k. k. Gesellschaft ein Dankschreiben eingesandt habe, und dass ferner Dr. Richard Paltauf mit 42 von 72 Stimmen zum zweiten Sekretär der k. k. Gesellschaft gewählt erscheine. Dozent Dr. J. Hochenegg ergriff hierauf das Wort zu einem Vortrage, in welchem er ein neues Verfahren behufs grösserer Sicherheit bei der Sterilisation von Verbandstoffen demonstrirte. Prof. Englisch hält hierauf seinen angekündigten Vortrag: «Ueber den hämorrhagischen Infarct des Hodens (v. Volkmann)», in welchem er zu weiteren Forschungen behufs der sicheren Diagnose der Hodenerkrankungen aufmuntert und die Beantwortung der Frage offen lässt, ob es sich beim hämorrhagischen Infarct des Hodens um eine traumatische Ursache oder um eine Infektion handle. Primarius Dr. Bamberger hält hierauf einen Vortrag: «Ueber einige Fälle von Gehirnerkrankungen», in welchem er an der Hand von 4 selbstbeobachteten Fällen auf die Blutungen im Centrum ovale aufmerksam macht, deren leichte Verwechslung mit intrameningealen Blutungen, sowie mit der Pachimeningitis haemorrhagica hervorhebt und die richtige Diagnose der Blutungen im Centrum ovale behufs Stellung der Prognose für empfehlenswerth hält. Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung erscheint in der nächsten Nummer dieses Blattes.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. Pasteur soll schwer erkrankt sein und insbesonders an besorgnisserregender Herzschwäche leiden. — Dozent Dr. E. Fraenkel wurde zum Professor der Gynäkologie an der Universität Breslau, Dr. E. Pflüger, Professor der Physiologie an der Universität in Bonn, zum correspondirenden Mitgliede der Académie Royale de Médecine de Belgique ernannt. — Dr. Benecke hat sich als Privatdozent für pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie an der Universität Göttingen habilitirt.

* Prof. Arnold Paltauf †. In den letzten Maitagen ist der Professor der gerichtlichen Medizin an der deutschen Universität in Prag, Arnold Paltauf, gestorben. Durch grosse Begabung und kaum zu überbietenden Fleiss hat er in jungen Jahren eine der schönsten und verantwortungsvollsten Stellungen erreicht und in Folge seines Ernstes und seiner Fähigkeiten in musterhafter Weise ausgefüllt. Der verstorbene Gelehrte war zuerst Assistent bei Prof. Eppinger in Graz und kam hierauf nach Wien als Assistent zu E. v. Hofmann. Hier hatte Paltauf Gelegenheit sich in der praktischen gerichtlichen Medizin auszubilden. Gleichzeitig oblag er aber auch eifrigst theoretischen Studien. Er war auf allen Gebieten, welche die gerichtliche Medizin tangiren, zu Hause. Als Chemiker, als pathologischer Anatom, wie als Bakteriologe stellte er seinen Mann. Zahlreiche Arbeiten, darunter auch grössere (über den Zwergwuchs, über den Tod durch Ertrinken etc.), bewiesen bald die wissenschaftliche Befähigung Paltauf's, und nach Maschka's Rücktritt wurde Paltauf an die Lehrkanzel für gerichtliche Medizin in Prag berufen. Nur kurze Zeit war es ihm vergönnt, dort zu wirken. Bald erkrankte er an einem Sarkom der Schädelbasis, das, einmal operirt, bald recidivirte und ihm unter entsetzlichen Qualen den Tod brachte. Trotz seines so frühen Hinscheidens hinterlässt Paltauf einen ausgezeichneten wissenschaftlichen Ruf, und auch als Menschen musste ihm Jedermann vollste Anerkennung zollen. Die Pflege der gerichtlichen Medizin in Oesterreich erleidet durch Paltauf's Tod einen schweren Verlust. Friede seiner Asche!

* Nach dem Beschlusse der am 25. Mai in Breslau eröffneten fünften Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie wird die nächste Versammlung (1895) in Wien tagen.

* Würzburg. Vom 25. bis 27. Mai tagte die XVIII. Versammlung des Deutschen Vereines für öffentliche Gesundheitspflege.

* Madrid. Die spanische medizinisch-chirurgische Akademie in Madrid hat folgende Preisthemata gestellt, deren Bewerbung Angehörigen aller Nationen freisteht: 1. Klinische Demonstration des Contagiums bei der Tuberkulose. 2. Pathogenese, klinische und therapeutische Besprechungen des Asthma in seinen wichtigsten Varianten. Preis je 350 Pesetas und Diplom als gewähltes correspondirendes Mitglied der Akademie. Einreichungstermin: 15. September 1893.

* Cholera. Hamburg. Am 29. Mai kam ein Cholerafall zur Anzeige. — Frankreich. Erste Maiwoche: In 11 Gemeinden des Departements Morbihan 28 Choleraerkrankungen und 12 Todesfälle, in der Irrenanstalt Saint-Athanase (Dep. Finistère) 6 : 4, in Quimper 11 : 7, in der Vendée bis zum 9. Mai 5 Erkrankungen, 1 Todesfall. — In Paris in der Woche vom 7. bis 13. Mai 1 Todesfall. — Russland. Vom 29. April bis 5. Mai: Podolin 395 Erkrankungen, 132 Todesfälle, Tschernigo 1 : 0, Kursk 32 : 10, Orel (Stadt) 1 : 0, Orel (sonst i. Gouv.) 3 : 3, Tambow 4 : 1, Pensa 1 : 0, Saratow 2 : 0, Dongebiet 2 : 0, Karsgebiet 4 : 2. — Persien. In den letzten 10 Monaten starben an Cholera 100000 Menschen, 'as ist 1 Todesfall auf 55 Einwohner.

* Influenza. In New-York 19 Todesfälle gegen 13 in der Vorwoche. In London und Paris haben die Meldungen von Todesfällen (Paris 20 gegen 52, London 26 gegen 28) abgenommen. Amsterdam 3 gegen 1 in der Vorwoche. Aus Stockholm ist nur je 1 Todes- und Erkrankungsfall, aus Kopenhagen 1 Todesfall und 88 Erkrankungen (gegen 2 und 83 in der Vorwoche) gemeldet. In Moskau 2 Todesfälle. In Köln ist ein Wiederansteigen der Seuche zu verzeichnen.

* Todesfall. Am 14. Mai starb Prof. Hyac. Pacchiotti, Professor der Chirurgie an der Universität Turin und Primar-Chirurg am Ospedale di San Giovanni.

Dr. Wettendorfer beehrt sich den Herren Kollegen mitzutheilen, dass er am 10. Mai d. J. seine kurärztliche Praxis in Baden bei Wien wieder aufgenommen hat.

Der frühere Primararzt des Erzherzogin Maria Theresia-Seehospitzes St. Pelagio bei Rovigno, Dr. Max Scheimpflug, prakticirt diesen Sommer in Mödling (Vorderbrühl), woselbst er m Begriffe steht, eine orthopädischee Privatheilanstalt zu errichten.

Aerztliche Stellen

Gemeindearztesstelle in Schiltern bei Langenlois (Niederösterreich) mit 3 Gemeinden. Landessubvention 400 fl. und 100 fl. für Todtenbeschau und Armenbehandlung von der Gemeinde Schiltern, überdies Entschädigung für diese Funktionen von den andern zwei Gemeinden. Auskunft ertheilt die Gemeindevorstehung Schiltern, an welche die betreffenden Gesuche bis 1. August l. J. zu richten sind.

Gemeindearztesstelle in Frankenburg, Station Redl-Zipf (Oberösterreich), mit 5000 Einwohnern. Bewerber haben sich behufs näherer Auskunft bis August l. J. an die Gemeindevorstehung Frankenburg zu wenden.

Mit dieser Nummer versenden wir Nr. 5 der «Therapeutischen Blätter» enthaltend: Dr. Heinrich Paschkis: „Ueber die äusserliche Anwendung des Schwefels", ferner neuere Arzneimittel, therapeutische Mittheilungen und Rezepte u. s. w.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

ANZEIGEN.

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien. I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien. I. Bez. Lichtenfelsgasse 9